



Panorama Regional **AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

JULIO 2009

La cartera de subvenciones del Fondo Mundial está dividida en ocho regiones administradas desde la Secretaría del Fondo Mundial por ocho equipos correspondientes. El equipo de América Latina y el Caribe administra subvenciones en los siguientes países:

ANTIGUA Y BARBUDA*

ARGENTINA

BAHAMAS*

BARBADOS*

BELICE

BOLIVIA

BRASIL

CHILE

COLOMBIA

COSTA RICA

CUBA

DOMINICA*

ECUADOR

EL SALVADOR

GRENADA*

GUATEMALA

GUYANA

HAITÍ

HONDURAS

JAMAICA

NICARAGUA

PANAMÁ*

PARAGUAY

PERÚ

REPÚBLICA DOMINICANA

SAINT KITTS Y NEVIS*

SANTA LUCÍA*

SAN VICENTE Y LAS GRENADINAS*

SURINAM

TRINIDAD Y TOBAGO*

VENEZUELA*

* Estos países reciben el apoyo del Fondo Mundial a través de una o más subvenciones multinacionales.

La información sobre programas en estos países se encuentra bajo la subvención multinacional correspondiente.



Índice

PRESENTACIÓN	3
CARTERA DE SUBVENCIONES DEL FONDO MUNDIAL	5
CARTERA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	6
ANÁLISIS DE LAS PANDEMIAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	9
EJEMPLOS DE ÉXITO EN LAS COMUNIDADES	12
RESEÑA DE PAÍSES	26
ARGENTINA	28
BELICE	31
BOLIVIA	32
BRASIL	34
CHILE	36
COLOMBIA	38
COSTA RICA	40
CUBA	42
REPÚBLICA DOMINICANA	44
ECUADOR	46
EL SALVADOR	48
GUATEMALA	50
GUYANA	52
HAITÍ	54
HONDURAS	56
JAMAICA	58
NICARAGUA	60
PANAMÁ	62
PARAGUAY	64
PERÚ	66
SURINAM	68
MULTINACIONAL AMÉRICAS (ANDINO)	71
MULTINACIONAL AMÉRICAS (CARICOM)	72
MULTINACIONAL AMÉRICAS (CRN+)	75
MULTINACIONAL AMÉRICAS (MESO)	76
MULTINACIONAL AMÉRICAS (OECS)	79
MULTINACIONAL AMÉRICAS (REDCA+)	80
PROCESO DE SUBVENCIONES DEL FONDO MUNDIAL	82
FUENTES	84

CARRITO por la vida

lineayuda 830 3156



CUBA
HKD 125

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

PRINCIPIOS RECTORES DEL FONDO MUNDIAL

El Fondo Mundial:

Opera como un instrumento financiero, no como una entidad ejecutora;

Facilita y aprovecha al máximo fuentes adicionales de financiamiento;

Apoya programas que reflejen una autoría nacional;

Rige de manera equilibrada tomando en cuenta las diferentes regiones, enfermedades e intervenciones;

Sigue una línea de prevención y tratamiento integral y equilibrada;

Evalúa propuestas a través de procesos independientes;

Establece un proceso simple, rápido e innovador en el otorgamiento de subvenciones y opera con responsabilidad y de manera clara

El Fondo Mundial es una sociedad pública y privada dedicada a atraer y desembolsar recursos adicionales para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la tuberculosis (TB) y la malaria (paludismo). Esta asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas repre-

senta un nuevo enfoque al financiamiento de salud internacional. El Fondo Mundial trabaja en estrecha colaboración con otras organizaciones bilaterales y multilaterales para suplementar esfuerzos contra las tres enfermedades.

El Fondo Mundial no sólo apoya intervenciones específicas a las enfermedades sino que también permite que los países fortalezcan sus sistemas de salud al mejorar la infraestructura y al proveer entrenamiento al personal que asiste en la entrega de servicios. El Fondo Mundial estima que provee anualmente un 57 por ciento de todo el financiamiento internacional contra la TB, el 60 por ciento contra la malaria, y el 23 por ciento de todo el financiamiento contra el VIH.

El Fondo Mundial otorga y administra subvenciones basándose en estrictos estándares y requiere que los programas cumplan con objetivos específicos durante el tiempo de su duración. El financiamiento está estrechamente vinculado a la obtención de resultados lo que le asegura fondos a los programas con un buen rendimiento.

El Fondo Mundial ha estado entre los primeros organismos de financiamiento en medir y reportar, de manera clara, su progreso frente a los indicadores incluidos en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Este es un acuerdo internacional que utiliza acciones e indicadores de vigilancia tales como la apropiación, armonización, alineación y resultados, y la mutua responsabilidad.

El Fondo Mundial se ha comprometido a trabajar en conjunto para ampliar la lucha contra las enfermedades, cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y hacer realidad su visión de un mundo libre de las cargas del SIDA, la TB y la malaria.



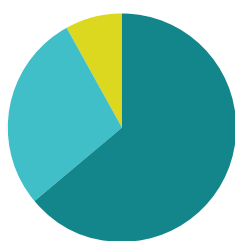
Cartera de Subvenciones del Fondo Mundial

DIVISIÓN DE CANTIDADES ACUMULADAS DURANTE LAS OCHO CONVOCATORIAS DE FINANCIAMIENTO



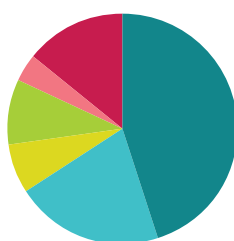
POR ENFERMEDAD

56% VIH/SIDA
14% TUBERCULOSIS
30% MALARIA



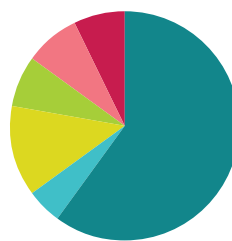
POR NIVELES DE INGRESO

64% INGRESO BAJO
28% INGRESO MEDIANO BAJO
8% INGRESO MEDIANO ALTO



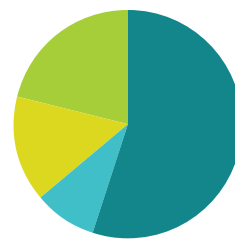
POR CLASIFICACIÓN DE GASTOS

45% MEDICAMENTOS, MATERIA PRIMA Y PRODUCTOS
21% RECURSOS HUMANOS
7% ADMINISTRATIVOS
9% EQUIPO
9% E INFRAESTRUCTURA
4% MONITOREO Y EVALUACIÓN
14% OTROS



POR REGIÓN

60% ÁFRICA SUBSAHARIANA
13% ESTE ASIÁTICO Y PACÍFICO
8% LATINOAMÉRICA Y CARIBE
7% EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL
7% ASIA DEL SUR
5% MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE



POR TIPO DE RECEPTOR PRINCIPAL

55% GOBIERNO
21% AÚN SIN FIRMAR
15% ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL/ SECTOR PRIVADO
9% MULTILATERAL

El Fondo Mundial ha demostrado ser una poderosa arma en la lucha contra las pandemias. Cifras de junio de 2009 muestran que El Fondo Mundial había aprobado más de 600 subvenciones equivalentes a más de 15 mil 900 millones de dólares en 140 países y había hasta ese entonces desembolsado más de 7 mil 800 millones de dólares a los receptores de las subvenciones.

Para el total de la Cartera del Fondo Mundial los resultados actualizados al 1 de junio de 2009 incluyen:

- 2.3 millones de personas en tratamiento antirretroviral (TAR) a través de programas del Fondo Mundial contra el VIH;
- 5.4 millones de casos de TB tratados bajo el programa DOTS, la estrategia de tratamiento recomendada internacionalmente; y
- 88 millones de mosquiteros impregnados con insecticida distribuidos a familias para protegerlas de la malaria.

Cartera de América Latina y el Caribe

La región designada como América Latina y el Caribe se compone de más de 35 países y pequeñas islas estados con diferentes culturas e idiomas y diferentes situaciones económicas y sociales. La prestación de servicios de salud pública en la región enfrenta un sinnúmero de retos que en algunos países incluye altos niveles de violencia o conflicto armado, y entornos naturales difíciles lo que contribuye a la propagación de enfermedades como la malaria y limita el acceso a servicios. Aproximadamente el ocho por ciento de la población total de la región, es decir unas 47 millones de personas, vive en la pobreza.

En ésta región el SIDA, la TB y la malaria están cobrando numerosas víctimas. Se estima que en el 2006 (el año más reciente para el que existen estadísticas disponibles) más de 1.9 millones de personas vivían con el VIH/SIDA, 350.000 personas adquirieron la TB, y por lo menos 2.6 millones de personas fueron infectadas con la malaria. En ese mismo año, el número de muertes, resultado de las tres enfermedades, podría haber superado los 100.000.

A pesar de que algunos gobiernos han incrementado sus gastos de salud pública, el acceso a servicios de salud continúa siendo escaso en la mayoría de la región. Esta falta de acceso dificulta el diagnóstico y tratamiento temprano e inflige una carga desproporcionada en poblaciones pobres y vulnerables. Las subvenciones adjudicadas por El Fondo Mundial se otorgan a programas que se enfocan en estas comunidades bien sea en un país grande o en una pequeña isla-estado.

Las subvenciones del Fondo Mundial han sido otorgadas a 21 países en la región. Nueve países adicionales han recibido fondos en función a su participación en proyectos multinacionales por un valor total de más de

mil 600 millones de dólares a través de las primeras ocho convocatorias de financiamiento. Gracias a las subvenciones del Fondo Mundial la región entera, incluso aquellos países donde no existe financiamiento directo, se favorece. Por ejemplo, el controlar la tuberculosis en un país evita que la enfermedad se propague a países vecinos.

La región puede ser dividida en tres subzonas con retos diferentes cada una y en las que las pandemias también tienen características diferentes.

SUBVENCIONES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Las subvenciones del Fondo Mundial en esta región cubren los vacíos de programación y financiamiento en los planes nacionales de asistencia sanitaria para la prevención, tratamiento y el control de las tres enfermedades. Después de ocho convocatorias de financiamiento, el Fondo Mundial ha aprobado cerca de mil 600 millones de dólares para la región la cual cuenta en la actualidad con 85 subvenciones. Los desembolsos para la región (hasta marzo de 2009) representan más del nueve por ciento del total de fondos desembolsados por El Fondo Mundial.

A finales del 2008, los programas apoyados por El Fondo Mundial habían prestado servicio en las siguientes áreas:

- 132.290 personas en tratamiento antirretroviral contra el VIH;
- 128.750 personas bajo tratamiento de DOTS contra la TB; y
- 1'144.600 mosquiteros tratados con insecticidas distribuidos para proteger de la malaria a las familias.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

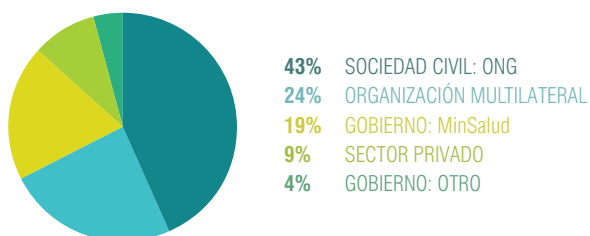
ESTADO DE SUBVENCIONES EN EL MEDIO ORIENTE Y LA REGIÓN DE ÁFRICA DEL NORTE

Cifras indicadas al 31 de diciembre del 2008

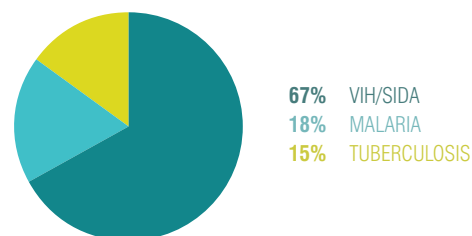
Ronda de Financiamiento	Fecha	Valor de la Propuesta Aprobada (US\$) ^{1, 2}	Valor de los Acuerdos de Subvención firmados (US\$) ³	Valor Final del Acuerdo de Subvención (US\$)	Porcentaje de la Subvención	Número de Subvenciones y acuerdos sin finalizar
1	Abril 2003	294,834,294	294,834,294	202,906,779	69%	11*
2	Enero 2003	257,162,251	204,225,960	190,919,922	93%	16*
3	Octubre 2003	230,144,132	201,101,706	169,300,262	84%	20**
4	Junio 2004	43,550,580	43,550,580	36,693,389	84%	6
5	Septiembre 2005	79,508,447	59,289,711	53,249,506	90%	6
6	Noviembre 2006	45,723,734	45,723,734	31,388,100	69%	4
7	Noviembre 2007	54,100,979	54,100,979	22,361,089	42%	11
8	Noviembre 2008	158,093,320	-	-	-	16***
Total		1,174,304,979	899,616,175	693,031,792	77%	90

1 Cantidad máxima de financiamiento aprobada por la Junta Directiva del Fondo Mundial. 2 Cantidad aprobada en la Ronda 8: En principio, once propuestas han sido aprobadas por la Junta Directiva. Sin embargo aún no se ha confirmado el financiamiento de tres propuestas (una en la Categoría 2B-5 y dos en la Categoría 2B-3, de un total de 42.2 mil de dólares). Este monto representa el total antes de cualquier reducción que resulte en los ajustes de eficiencias de acuerdo a la decisión de la Junta Directiva GF/B18/DP13. 3 Incluye subvenciones de la Fase 1 (los dos primeros años). Fase 2 (del tercero al quinto año) y Mecanismo de Continuación de Financiamiento (RCC, por sus siglas en inglés)-1 (del sexto al octavo año, si es pertinente). * Incluye tres nuevas subvenciones en la Fase 2 (Cambio de Receptor Principal). ** Incluye una nueva subvención en la Fase 2 (cambio de Receptor Principal). *** 11 componentes aprobados (número total de subvenciones anticipadas: 16)

DE ACUERDO AL RECEPTOR PRINCIPAL



DE ACUERDO LA ENFERMEDAD





Análisis de las Pandemias en América Latina y el Caribe

VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe representa un serio problema de desarrollo para la región donde más de un millón de personas son afectadas por la enfermedad. Se estima que el número de individuos que se contagian cada año oscila entre los 100.000 y los 420.000, y cerca de 80.000 personas mueren cada año de enfermedades relacionadas al SIDA.

El Caribe es la región del mundo con la segunda tasa más alta de infección superada únicamente por África Subsahariana. Haití, el país más pobre en el hemisferio, cuenta también con la más alta prevalencia con más del 3,5 por ciento. Los países más afectados por la epidemia incluyen Belice Guyana, República Dominicana y Surinam.

En el Caribe, la epidemia se encuentra concentrada principalmente en poblaciones socialmente marginadas y su vía de contagio principal es la sexual. La excepción es Bermuda en donde un número significativo de casos es atribuible al uso de drogas intravenosas (UDI) con un índice de infección del 3,3 por ciento. La fase de la epidemia varía de nación en nación. Entre los factores que propagan la epidemia del VIH en el Caribe se encuentran el desarrollo socioeconómico desigual, una pobre asistencia sanitaria y poblaciones altamente móviles. Existen además tendencias culturales que contribuyen al incremento de la epidemia tales como las relaciones sexuales entre mujeres adolescentes y hombres infectados con el VIH. En algunas islas, la tasa de VIH en chicas de 15 a 16 años de edad es hasta cinco veces mayor que la de los chicos de la misma edad.

En América Central, Honduras es el país más golpeado por la epidemia con el 60 por ciento de los casos de la región aun cuando sólo representa el 17 por ciento de

la población (Belice que tiene tasas de incidencia similar, o mayor, se encuentra agrupado entre los países del Caribe y no entre los países centroamericanos). Al igual que en varias islas caribeñas existe una tendencia al crecimiento del turismo sexual lo que contribuye al desarrollo de la epidemia en países centroamericanos tales como Costa Rica.

La epidemia del VIH/SIDA en América del Sur tiende a estar caracterizada por una prevalencia nacional baja y tasas de incidencias particularmente altas entre poblaciones vulnerables. En algunas ciudades del Brasil por ejemplo, un 60 por ciento de usuarios de drogas intravenosas ha sido diagnosticado con el VIH mientras que en la Argentina la cifra alcanza el 50 por ciento. A través de la región existe una alta tasa de prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Esfuerzos focalizados financiados a través de subvenciones del Fondo Mundial implementan campañas de prevención y de cambio de comportamiento para educar a las poblaciones vulnerables, reducir el estigma y fomentar el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y el SIDA (PVVS) con iniciativas tales como las campañas para desmitificar el uso del condón.

En la región entera aproximadamente 294.000 personas reciben terapia antirretroviral lo que representa el 73 por ciento del número total de personas que necesita el tratamiento. Subvenciones del Fondo Mundial financian la TAR en lugares donde no existen otras fuentes asequibles, o no son suficientes, además complementan provisiones gubernamentales de fármacos antirretrovirales en Bolivia, Colombia y Nicaragua entre otros países.

LA TUBERCULOSIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La carga de TB en el continente americano se encuentra concentrada en diez países en América Latina: Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana. En el 2005 el número estimado de casos en estos países fue de más de 220.000 de los cuales el 58 por ciento eran hombres. El impacto del VIH y la fármaco resistencia a los medicamentos de control de la TB ha sido enorme. La prevalencia de la coinfección de TB y VIH es generalizada en Guyana, Haití, Honduras y Panamá. La más alta resistencia de TB a múltiples fármacos se encuentra en la República Dominicana con el seis por ciento, el cinco por ciento en el Ecuador, y el tres por ciento en Guatemala y Perú.¹

Sin embargo, programas de énfasis comunitario han demostrado ser efectivos al incrementar adherencia a tratamientos aun en áreas pobres tal y como se ha demostrado a través de varios estudios llevados a cabo en la región.²

El Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado, DOTS (por sus siglas en inglés), es el epicentro de programas internacionales liderados por la Iniciativa Alto a la Tuberculosis para controlar la epidemia. En la región se llevan a cabo esfuerzos concertados para incrementar el acceso al programa DOTS en áreas remotas y rurales, y entre poblaciones vulnerables. Varias de las subvenciones del Fondo Mundial están enfocadas en incrementar la tasa de detección de nuevos casos por medio del frotis de esputo y en aumentar el índice de éxito de tratamiento y de la estrategia DOTS-Plus en el tratamiento de la TB resistente a múltiples fármacos. Estrategias financiadas por El Fondo Mundial incluyen la descentralización de servicios de salud a través de la creación o del fortalecimiento de servicios de diagnóstico y tratamiento en comunidades regionales y aisladas.

Actualmente, El Fondo Mundial apoya programas de TB en Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana.

LA MALARIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América Latina el 40 por ciento de la población vive en áreas en riesgo de transmisión de la malaria. El *Plasmodium vivax* (*P. vivax*), la cepa menos letal, es la más común en América Latina aún cuando en áreas de selva tropical existen altas de tasas de incidencia y prevalencia de la malaria más letal, el *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*). La transmisión de la malaria es un problema de salud pública en los ocho países que comparten la región amazónica: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela, y de la Guayana Francesa, un departamento de ultramar de Francia. La malaria se encuentra además en América Central, en México y en la isla de La Española donde se encuentran ubicados Haití y la República Dominicana. En esta última, una seria epidemia fue controlada con la ayuda del Fondo Mundial el cual también apoya a Haití a implementar acciones para combatir la malaria.

Uno de los países con una alta incidencia de *P. falciparum* es Colombia. El tratamiento contra la enfermedad y las acciones preventivas han sido obstaculizadas debido a la violencia que impera en el país. En 1996 una epidemia de malaria fue declarada en el Ecuador con 11.000 casos, cinco años más tarde el número de casos había incrementados por un factor de nueve a una cifra record de 106.000. Desde ese entonces los casos de malaria han disminuido gracias a los esfuerzos concertados del gobierno. En el Perú la malaria amenaza unos 2.5 millones de personas que viven en áreas en riesgo, mientras que en Brasil y el Surinam altos movimientos poblacionales entre fronteras provocaron una epidemia en el 2003.

Varios países emplean mosquiteros tratados con insecticida (MTI) como parte de su estrategia nacional para el control de la malaria. Sin embargo, la penetración de mosquiteros es relativamente baja en países como Bolivia, Colombia y Nicaragua. El Fondo Mundial apoya acciones que han tenido un cierto éxito, especialmente en países como Surinam donde se ha ampliado la distribución de mosquiteros en áreas pobres y vulnerables, allí las poblaciones indígenas han influenciado el diseño y tratamiento de los mismos.

El control de vectores a través de la pulverización en interiores con efectos remanentes y larvicidas en áreas focales forman parte de la estrategia nacional para el control de la malaria en la mayoría de países. Estrategias adicionales incluye la integración de un programa nacional con servicios de salud locales y promover así la participación comunitaria en el control de la malaria.

La fármaco resistencia del *P. falciparum* a la cloroquina ha sido documentada en 80 por ciento de los casos mientras que la resistencia a otros medicamentos ha sido documentada, o se conjetura, en el restante 20 por ciento. En América del Sur: Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela están cambiando sus políticas nacionales sobre los medicamentos y utilizan ahora la terapia combinada con artemisina (TCA) para el tratamiento de la malaria *falciparum*. El único caso documentado de resistencia a la cloroquina en el tratamiento contra la malaria *falciparum* en América Central ocurrió en Guatemala.



Ejemplos destacados en la Región





Argentina

UN MENSAJE CONTRA EL SIDA AL RITMO DE CUMBIA

“Sin triki triki no hay bang bang” es un mensaje que millones de Argentinos han aprendido gracias a una canción y video clip que cautivó las ondas radiales, y los “boliches”, del país. La campaña, financiada por El Fondo Mundial, utiliza al máximo el ritmo pegajoso de la cumbia, especialmente diseñada para acaparar la atención de la gente más pobre y más vulnerable de la población.

Este acercamiento agradable, sin tono autoritario, permitió que jóvenes desfavorecidos se vieran reflejados en una campaña sobre la importancia del cambio de comportamiento y la promoción del uso del condón para prevenir el VIH/SIDA. Aunque su éxito había sido determinado en un grupo focal de mercadeo antes de salir al aire, su éxito durante el mes de la campaña en noviembre del 2007, superó todas las expectativas.

Después de haber lanzado una campaña gráfica con afiches publicitarios que sirvieron para crear un cierto grado de anticipación, el video clip debutó en el programa de televisión más popular del país frente a millones de televidentes. Rápidamente se convirtió en una frase popular debido a su mensaje simple y humorístico que fácilmente se queda grabado en la memoria.

“La estrategia fue simple porque el objetivo de la campaña era bastante claro” dice Raúl López Rossi, director creativo de la campaña ‘sin triki triki no hay bang bang’. “El objetivo era alcanzar una audiencia masiva de personas de clase media y media-baja. Decidimos de inmediato crear una canción popular. También usamos celebridades fáciles de reconocer, para que atrajeran a las masas. El objetivo fue claro desde el principio”.

En el video aparecen famosas estrellas argentinas filmadas en un barrio pobre de Buenos Aires, junto a personajes reales del área. La historia presenta a una joven quien tiene un papel protagónico sobre el uso del condón. Es ella la que decide si habrá o no “bang bang” basándose en la disponibilidad del profiláctico.

La canción no solamente se convirtió en la melodía de teléfono móvil más popular sino que también se convirtió en un éxito en el sitio Web, You Tube, el cual permite compartir videos digitalmente. Durante la campaña que duró un total de seis semanas el video recibió más de medio millón de “clicks” y desde entonces continúa siendo uno de los más populares, un ejemplo clásico de “mercadeo viral”.

Bolivia



LA CULTURA Y LA COMUNICACIÓN CAMBIAN LA CARA DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA

Bolivia tiene la tercera incidencia más alta de TB en América Latina y el Caribe. Bolivia recibió más de 5 millones de dólares en financiamiento con el objetivo de reducir en la mitad la tasa de mortalidad a finales de 2008. La combinación específica de pobreza, cultura y geografía en Bolivia hace que la epidemia sea particularmente difícil de combatir.

La TB es una enfermedad que nace de la pobreza, condiciones de hacinamiento en la vivienda y una mala nutrición sirven como incubadores ideales para la propagación de la epidemia. En Bolivia las poblaciones indígenas son las más pobres. Un 70 por ciento de los agricultores del país cuya lengua autóctona es el quechua, el aimara o el guaraní viven en la extrema pobreza comparado con un 20 por ciento de los agricultores que hablan el castellano como su idioma materno.

No solo es la pobreza un factor clave en la contracción de la enfermedad, es además responsable por el que la persona pueda seguir el curso del tratamiento indicado, DOTS. Este incluye el tomar medicamentos cada día durante seis o nueve meses lo que es demasiado riguroso para algunos. A esto se le añade el tener que viajar grandes distancias para asistir a un centro médico para asistencia y supervisión del tratamiento lo que dificulta la adherencia.

La topografía boliviana es además un impedimento para el tratamiento. La región rural de Bolivia es una de las menos pobladas de América del Sur y carece de una buena infraestructura de transporte. Para muchas personas el llegar hasta al centro de salud más cercano significa viajar un largo camino. Es por eso que en recientes años se han adjudicado recursos para establecer pequeñas clínicas en remotas áreas rurales y poder así ofrecer acceso a todos los que lo necesiten.

El tercer elemento para considerar es que la cultura indígena de Bolivia ha sido ignorada a menudo por los programas de salud. Como resultado muchos pacientes desconfían de los hospitales del gobierno o simplemente se rehúsan a continuar el tratamiento una vez que muestran una mejoría.

Una porción de la subvención del Fondo Mundial ha sido destinada a apoyar a La Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB) con el objetivo de fomentar la aceptación de la medicina moderna y superar el recelo de la población hacia los doctores convencionales.



Raúl es una de estas personas. El vive con su esposa y diez hijos en las afueras de Ibiato, una comunidad indígena Moxeña. Raoul Sufre de TB y pesa sólo 43 kilos. Aquí no es la infraestructura lo que falta, el pueblo de 250 personas cuenta con dos puestos de salud, una de ellas construido con la ayuda del Fondo Mundial. “Es un problema social” dice el Doctor Aguilera quien lidera el programa local de TB. Aguilera tiene que convencer a Raúl para que continúe el programa ya que existe una percepción de que las clínicas son para los que hablan español.

El Dr. Fernando Cisneros, encargado del programa del Fondo Mundial en Bolivia, ha usado una mezcla de medicina indígena local, hierbas y medicina tradicional para aumentar la aceptación del programa de TB. Gracias a esto, Raúl se persuadió para seguir el tratamiento hasta su mejoría.

Sabina es otra de esas personas que pudo haber sido fácilmente derrotada por la TB. Sola en la ciudad no hay quién la apoye en el largo y complicado esfuerzo que se requiere para seguir su tratamiento contra la TB — tratamiento que para que sea efectivo debe tomarse regularmente. Gracias a ésta clínica del gobierno en las afueras de la capital, ella recibe el monitoreo que necesita y las enfermeras han encontrado una manera innovadora de mantener un record de los pacientes.

“Tengo mucha suerte de vivir aquí” dice Sabina quien saca su medicamento de un recipiente de plástico. “Vine a La Paz hace tres años a buscar trabajo. Mi familia es del extremo sur del país. Allá no hay nada. La mayoría de la gente ni siquiera tiene electricidad”.

La enfermera Ángela Calderón Maíz, toma el recipiente vacío de Sabina, lo llena de nuevo, lo coloca en una bolsa de lana en forma de cara y lo cuelga de una pizarra de notificaciones con los nombres de los pacientes de TB. “Eso le ayuda al personal a recordar quien es quien” dice el Doctor Simón Pancera Loza. “Todo hace parte de la creación de un marco social que una al paciente con el proceso de tomar su medicamento sistemáticamente. Esta es la llave del éxito para curar la TB”.

Con el apoyo del Fondo Mundial más de dos tercios de los nuevos casos de TB son detectados y cerca del 90 por ciento de estos son curados.

LOS MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA IMPORTADOS GRACIAS AL FONDO MUNDIAL SALVAN LA VIDA DE UNO DE CADA CUATRO PACIENTES.

Pedro (nombre ficticio) dormita en una cama del Instituto Pedro Kouri (IPK) de La Habana, el principal centro epidemiológico de Cuba. Su madre se sienta al pié de la cama tal y como lo hace desde que fue internado, unas semanas atrás. Pedro cuenta, con un hilo de voz, que se encuentra mal por haber descuidado el tratamiento. Dice que se sentía mejor, “como curado” y dejó de tomar las pastillas para evitar las molestias intestinales que le provocaban. Ahora se siente “como un tonto, pero ya es demasiado tarde”.

Este no es un caso inusual, uno de cinco pacientes incurrir en mala adherencia al tratamiento lo cual propicia que el virus desarrolle una resistencia al fármaco. Muchos de esos pacientes necesitan entonces incorporar medicamentos de segunda línea a su tratamiento, solo que éstos no se fabrican en Cuba. El país cuenta con equipos nacionales de investigación médica y desde el 2001 elabora sus propios medicamentos antirretrovirales.

Dos años después, en el 2003 el tratamiento de segunda línea se importa gracias a la ayuda del Fondo Mundial. Uno en cuatro pacientes recibe esquemas mixtos de fármacos cubanos e importados, “puede decirse que esa ayuda es decisiva para mantenerlos con vida”, afirma el doctor Daniel Pérez, especialista del IPK.

“Con las personas que no tienen contraindicaciones o enfermedades asociadas solemos empezar con antirretrovirales genéricos de fabricación cubana pero según las necesidades vayan apareciendo: la resistencia, una evolución desfavorable o enfermedades asociadas, es necesario recurrir a otras líneas de tratamiento que incluyen medicamentos importados como en el caso de Pedro”, explica el Doctor Pérez.

En su día se perdieron bastantes vidas por la falta de medicamentos de fabricación extranjera, eran demasiado caros, y sujetos a restricciones de importe. Los primeros medicamentos que llegaron a la isla en los años 90 eran enviados desde el extranjero por amigos, parientes u organizaciones caritativas pero la terapia antirretroviral es muy compleja y los envíos no coincidían necesariamente con las necesidades precisas de cada destinatario.

Los medicamentos solían entregarse en la farmacia del IPK, que hacía acopio de un pequeño fondo y los redistribuía en función de las prescripciones específicas de cada tratamiento lo cual no era suficiente.

Ahora, gracias a la subvención de 36 millones de dólares, un tercio de los cuales se gasta en fármacos, se cuenta una combinación de antirretrovirales adecuada, la distribución de medicamentos se ha descentralizado, y el instituto puede atender mejor a pacientes como Pedro.



Guatemala



COMBATIENDO LA MALARIA DESDE SU RAÍZ CON ACCIONES COMUNITARIAS EN GUATEMALA

El éxito en la lucha contra la malaria requiere mucho más que entregar mosquiteros, requiere de la cooperación y la vigilancia de todos. Guatemala combate la epidemia desde la raíz al implementar un ataque multifocal, comunitario y en el que participen niños y adultos. La educación es una parte esencial de la campaña. Por lo tanto, una serie de actividades para tomar conciencia de la malaria ha sido integrado dentro del currículo nacional de educación con la ayuda del Fondo Mundial. La primera actividad es un juego de mesa. La “lotería de la malaria” se juega con 20 cajas, cada una marcada con una figura diferente, y con 54 tarjetas. Estas explican los conceptos básicos de la malaria. El objetivo del juego es que los estudiantes aprendan como prevenirla, quien puede ayudar a prevenirla, conozcan sus síntomas y como se puede curar.

Los estudiantes también utilizan otro juego de mesa: el juego de la concentración o de la memoria. En este varias cartas representan una serie de actividades preventivas tales como las brigadas de limpieza, el drenaje de charcos, criaderos de peces larvivoros y el control químico de la larva del mosquito. Los niños deben encontrar pares idénticos para ganar el juego. La diversión y el aprendizaje se mezclan también en una presentación de títeres llamada: La Malaria. Las marionetas presentan diferentes aspectos de la epidemia y los estudiantes las usan para crear su propia historia e ilustrar los eventos que tienen que ver con la enfermedad. Por ejemplo, demuestran sus síntomas y como prevenirlos. La ventaja de que sean las marionetas las que “hablen” de la malaria le permite a los niños mayores memorizar la información y explicársela a los más pequeños y también a sus padres. Mientras los niños aprenden a derrotar la malaria través de ilustraciones y risas, los adultos se involucran en programas para prevenir la enfermedad.



Algunos grupos trabajan en el criadero de peces larvívoros que se alimentan de la larva del mosquito de la malaria. Al mismo tiempo, líderes comunales trabajan en brigadas de limpieza. Estos grupos de entre 10 a 20 personas previenen la propagación de mosquitos limpiando los matorrales y aguas estancadas las cuales podrían servir como criaderos.

Una coordinadora de Visión Mundial Guatemala, el Receptor Principal de la subvención del Fondo Mundial, explica: “Este programa tiene un enfoque integral, con la participación de la comunidad en general, de niños a adultos. Los estudiantes aprenden acerca de la malaria en las escuelas mientras las madres se aseguran que los mosquiteros sean usados en la casa y los padres participan en brigadas de limpieza. En este proyecto, todos juegan un rol importante”.

Paraguay



LOS PROMOTORES DE SALUD SON LA CLAVE DEL ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN LAS PRISIONES DEL PARAGUAY

Robinson a sus 17 años vive una vida difícil. Él se encuentra encarcelado, en espera de juicio, en la penitenciaría de Ciudad del Este, una de las más peligrosas, hacinadas, violentas e insalubres del país. Unos meses después de entrar en prisión contrajo la tuberculosis. “La cura es dura” dice Robinson lamentándose, “dura como la cárcel”. Paradójicamente, el enfermarse con la TB significó un cambio positivo en su vida tras las rejas.

El joven fue transferido a la unidad de pacientes de TB, renovada gracias al programa del Fondo Mundial, donde vive junto a otros 16 reos durante las primeras etapas del tratamiento. La celda es, bajo el estándar carcelario, más limpia, ventilada, más segura y menos hacinada que las demás. A diferencia de otros reos que deben comprar su comida, a los pacientes en las primeras etapas de tratamiento de TB, se les garantiza una ración de comida y leche para ayudarles a combatir los efectos secundarios de los medicamentos.

Virginio Fernández, es otro de los reos que vive en la sección de la cárcel adecuada a pacientes de TB. El lleva allí cinco meses. “Perdí más de 20 kilos pero ya me siento mejor. Vivir aquí es más seguro y mejor” dice.

Debido al hacinamiento y las pobres condiciones de seguridad, los promotores de salud son la espina dorsal del tratamiento de TB en las cárceles. Rodolfo Leyva es el único promotor de salud en la cárcel. Él sólo se encarga de coleccionar las pruebas de esputo y de que los pacientes se tomen sus medicamentos. Lo hace sin escolta policial y para lograr su objetivo visita las zonas más peligrosas de la cárcel, aun aquellas en las que nadie más se aventura.

“Sí, es peligroso”, dice, “muy peligroso”. Sin embargo el voluntariado le ha brindado algunas recompensas: un plato de comida diaria y un lugar “más seguro” donde dormir. Debido a su peligrosa tarea los promotores de salud reciben una rebaja de su pena carcelaria.

Juan José Gueri, un ex prisionero, se ha convertido en Coordinador Nacional de Cárceles dentro del marco del programa patrocinado por El Fondo Mundial. “Comencé como voluntario acompañando a un grupo de enfermeras que tuvo que vacunar a prisioneros contra el sarampión. Ahora soy yo el que entrena a otros para que hagan lo que yo hacía”.



Gueri salió en libertad después de tres años y lo que hizo después sorprendió a muchos: “Lo primero que hice el día siguiente fue regresar a la cárcel, pero esta vez para ayudar a otros” dice sonriendo. “Los promotores tienen que ganarse el respeto de los reos y estar listo para enfrentar los peligros” añade sin temor en la voz.

Eva Asunción Vásquez, una de las enfermeras de la cárcel dice que gracias al Fondo Mundial el número de casos de TB han disminuido de 42 a 9 por mes. A pesar de estos esfuerzos, el diagnosticar, tratar y llegar a nuevos pacientes no es nada fácil dentro del penal. El hacinamiento empeora la ya precaria situación de los reos. Las celdas, construidas para dos personas, alojan hasta 12 prisioneros y una cocina. Allí con poca luz y sin ventilación, las enfermedades se propagan rápidamente. A los prisioneros no se les permite salir de los oscuros pabellones a menos que puedan pagar un “peaje o pase” para respirar aire puro, tales condiciones agravan la salud de muchos de los detenidos.

Revelinho Goriet Mancueyo, un prisionero brasileño que lleva siete años en la penitenciaría de Ciudad del Este dice que el dinero es la única manera de sobrevivir dentro de la prisión, el problema, explica, es que allí la mayoría son pobres. El acceso al servicio médico es casi inexistente y algunos reos como Arnaldo Barrios viven con heridas infectadas y con pus porque carecen de servicios médicos apropiados en la prisión.

El programa patrocinado por El Fondo Mundial busca cambiar estas circunstancias promoviendo el acceso a un cuidado médico integral. Con esto en mente, se habilitó una celda para alojar a quienes requieren atención médica mientras se termina la construcción de una nueva unidad médica dentro de la cárcel. El juez encargado del penal, Carlos Víctor Bordo, dice que los fondos asignados por El Fondo Mundial llenan el vacío dejado por el gobierno. “Hay una gran necesidad porque no tenemos nada. No hay programas de rehabilitación. Nada”.

Al final del día Juan José Gueri se prepara para partir a Asunción pero no sin antes poner unos guaraníes — moneda oficial del Paraguay — al final de una “línea de pescar”, (un artefacto artesanal hecho por los reos y que arrojan hacia los visitantes para pedir una limosna). La línea que viene de una de las rejas superiores de una celda, y que está a más de siete metros, es halada por uno de los detenidos y desaparece rápidamente. “Eso le puede comprar a alguien un ‘pase’ para que salga y respire aire puro”, dice Gueri.

“Este lugar no es fácil. Nuestro promotor de salud anterior tuvo que ser transferido de cárcel. Lo asaltaron varias veces hasta que la última vez le rompieron la cabeza. El es ahora un promotor de salud en la cárcel de Asunción. Aunque esa cárcel también es peligrosa las cosas son más fáciles allá”.

Multicountry Americas (ANDEAN)

MOSQUITO SIN FRONTERAS: COMBATIENDO LA MALARIA A TRAVÉS DE MÚLTIPLES REGIONES

Cuatro naciones latinoamericanas se han unido para combatir un enemigo en común: la malaria. Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela han unido sus esfuerzos a través de una subvención del Fondo Mundial para combatir la malaria en sus respectivas fronteras.

La tarea no es fácil. Como dice el Dr. Luis Varela Pirela, Coordinador General de Pamafro, el subreceptor de la subvención multinacional, “el mosquito no conoce fronteras. No le pertenece a Colombia o a Ecuador, a Perú o a Venezuela, es un mosquito sin fronteras. Es un problema de todos”. Una nación por sí sola no puede luchar eficientemente contra la propagación de la enfermedad en la región, añade el Dr. Varela. “Cuando los protocolos de tratamiento y erradicación varían en ciudades con poblaciones altamente móviles no se puede enfrentar la epidemia eficazmente” advierte.

Los retos al implementar un programa de este tipo son múltiples. En la mayoría de áreas fronterizas el acceso a zonas remotas es difícil, hay graves problemas logísticos, y pocos recursos disponibles. Sin embargo, el programa patrocinado por El Fondo Mundial le ha hecho frente a estos problemas y apoya efectivamente a los Ministerios de Salud de las cuatro naciones participantes a implementar estrategias regionales de salud pública. Campañas de modificación de comportamiento enfocándose en grupos étnicos en las once regiones fronterizas de los cuatro países han sido iniciadas.

El éxito de la campaña en combatir la enfermedad puede ser atribuido a la ardua tarea de equipos médicos, gobiernos locales y al pequeño ejército de voluntarios que se encuentra a la vanguardia de la

lucha contra la epidemia. El Dr. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Coordinador Nacional de Pamafro, piensa que el programa necesita entrenar aún más promotores de salud voluntarios para que estén en cada una de las comunidades de la región. “Este tipo de esfuerzos comunitarios, de fortalecer nuestras comunidades es esencial si queremos ganar la lucha contra la malaria. Es importante añadir más microscopios en los centros de salud y entrenar a más microscopistas tal y como lo hemos hecho con la ayuda del Fondo Mundial”. El Dr. Rodríguez Ferrucci se refiere al único microscopio en la aldea de La Libertad (en el Departamento del Loreto) que cubre las necesidades de seis pequeñas aldeas ubicadas a horas de distancia entre sí. Gracias a este microscopio, los exámenes pueden ser analizados y los resultados confirmados en el centro de salud sin tener que ser enviados a Iquitos, la ciudad más grande y próxima, lo que podría tomar más de una semana. Además, dice, es importante consolidar la información local con el sistema del gobierno: “Estamos trabajando en crear un sistema de comunicaciones que sea efectivo para que ninguna aldea quede completamente aislada”.

La iniciativa multinacional se centra en entrenar promotores de salud y conectarlos directamente con las comunidades locales, proveer protocolos médicos apropiados y asegurar sistemas de vigilancia operados por las comunidades mismas. El Dr. Rodríguez Ferrucci habla de la necesidad de priorizar cada una de las áreas de malaria que abarcan 700 comunidades y 1.300 promotores en total. Promotores de salud trabajan de manera voluntaria y son la “espinas dorsales” del proyecto contra la malaria en cada una de las zonas de los cuatro países.





Reseña de Países



Argentina

Población	39,500,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 6,050
Prevalencia del VIH	0.5%
Número estimado de casos de VIH	120,000
Incidencia de TB	12,172
Número estimado de casos de TB	13,194
Número estimado de casos de malaria	501
Número estimado de muertes por malaria	0

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	2
Valor total de la propuesta	US\$ 26,066,374
Cantidad desembolsada	US\$ 25,370,458
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 26,066,374
Cantidad desembolsada	US\$ 25,370,458

RECEPTOR PRINCIPAL

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

UBATEC S.A.

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Argentina es, en extensión territorial, el segundo país más grande en América del Sur y el octavo en el mundo, sin embargo el interior del país está escasamente poblado. De los 39.5 millones de habitantes, casi la mitad vive en la ciudad y provincia de Buenos Aires.

Entre el 2001 y el 2002 la Argentina sufrió una de las crisis económicas y sociales más severas de su historia perdiendo un 20 por ciento del producto interno bruto. Durante ese tiempo, la tasa de pobreza aumentó por más de la mitad afectando al 60 por ciento de la población. Sin embargo su recuperación económica ha sido tal que actualmente el país se encuentra clasificado por el Banco Mundial como un país de ingreso mediano alto. A pesar de su clasificación la tasa de desempleo es del 14 por ciento y la incidencia de la mano de obra infantil ha incrementado un 94 por ciento desde 1995. Al igual que en el resto de América Latina la distribución de la riqueza es un problema nacional. El colapso económico también condujo al declive del sistema nacional de asistencia sanitaria lo cual continúa siendo un reto para el país.



VIH/SIDA

El VIH/SIDA en Argentina está concentrado en poblaciones vulnerables. Se estima que al final del 2007 unas 120.000 personas vivían con el VIH/SIDA. La provincia de Buenos Aires ha sido la más afectada, reportando un 50 por ciento de todos los nuevos casos de VIH y el 54 por ciento de pacientes del SIDA en el país. Los propulsores de la epidemia en el país son la transmisión sexual y la falta de educación. Reportes nacionales indican que el 82 por ciento de nuevos contagios son por transmisión sexual y que el 55 por ciento de los infectados no completó la educación primaria.

Aún cuando a todos los pacientes se les garantiza el tratamiento médico a través del Programa Nacional del SIDA éste no puede proveer de forma consistente protección contra la discriminación lo cual disuade a muchas personas que viven con el VIH y el SIDA de buscar un tratamiento.

Argentina cuenta con una subvención del Fondo Mundial el cual apoya la expansión de actividades de prevención del VIH/SIDA a través de la nación. El programa busca reducir la incidencia de VIH entre la población general al igual que entre grupos vulnerables, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y el SIDA, y mejorar la capacidad operacional de las autoridades del sistema de salud que laboran en el campo del VIH y el SIDA.

Una campaña de prevención dirigida a poblaciones vulnerables, que incluye adolescentes, mujeres y personas pobres ha sido establecida. Las actividades financiadas se centran en fortalecer la sociedad civil en la prevención de la transmisión materna infantil (PTMI) y en la coinfección con la TB, al igual que en promover la adherencia al tratamiento médico. En el 2007 un estudio del programa patrocinado por El Fondo Mundial encontró que casi el 100 por ciento de las trabajadoras sexuales reportaron el uso de profilácticos con su más reciente cliente. Otro importante indicador del éxito del programa es que el 90 por ciento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reportó el uso del condón durante su última relación sexual.



Belice

Población	300,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,800
Prevalencia del VIH	2.1%
Número estimado de casos de VIH	3,600
Incidencia de TB	115
Número estimado de casos de TB	131
Número estimado de casos de malaria	2,698
Número estimado de muertes por malaria	0

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 2,403,677
Cantidad desembolsada	US\$ 2,051,895
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 2,403,677
Cantidad desembolsada	US\$ 2,051,895

RECEPTOR PRINCIPAL

Belize Enterprise for Sustainable Technology

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Belice (anteriormente Honduras Británica) tiene una de las densidades de población más bajas del mundo. La mayor parte de los casi 300.000 habitantes del país residen en la Ciudad de Belice. La economía mayormente agrícola se encuentra en un proceso de transición a una economía impulsada por el sector de servicios, incluyendo el turismo. Aun cuando Belice experimentó un crecimiento anual promedio del 7.4 por ciento de 1999 al 2004, los niveles de pobreza permanecieron iguales. Se considera que en el 2002 un 33 por ciento de la población vivía en la pobreza, la misma proporción que se reportó en 1996. El SIDA, la tuberculosis y la malaria ejercen una gran presión sobre el sistema de salud pública de Belice debido a los escasos recursos económicos y humanos del país.

VIH/SIDA

Belice es uno de los países más afligidos por la epidemia del VIH/SIDA en la región de América Latina y el Caribe con la prevalencia más alta de la epidemia en América Central y la tercera más alta del Caribe. La prevalencia entre personas de 25 a 49 años de edad es del 2,4 por ciento y afecta a mujeres y hombres por igual. Debido a su pequeña población, la epidemia ha dejado devastadores efectos en el país. Entre los factores que contribuyen a ahondar el problema se encuentran los limitados recursos humanos para sostener los programas contra el VIH/SIDA y la falta de un banco de datos sobre la prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el cual es uno de los grupos en alto riesgo. La transmisión heterosexual parece ser la principal razón de contagio de los nuevos casos. La transmisión materno infantil en Belice continúa siendo alta y representa el 16 por ciento de nuevas infecciones, sin embargo el asesoramiento y las pruebas voluntarias han contribuido a estabilizar esta tendencia.

Una parte de los esfuerzos de prevención contra el VIH/SIDA en Belice han sido apoyados por el programa financiado por la subvención del Fondo Mundial. Con la asistencia del Fondo Mundial, la meta original de establecer cuatro centros de exámenes y orientación aumentó a siete centros del Ministerio de Salud. El programa cofinancia la provisión gratuita de terapia antirretroviral, además de entrenamiento de proveedores de salud. El financiamiento provee apoyo para que los espacios orientados hacia los jóvenes brinden información sobre el VIH/SIDA, y distribuyan condones y orientación a jóvenes no escolarizados. Fondos adicionales están siendo usados para mejorar la destreza del personal que trabaja en la implementación del programa.

El programa en Belice se beneficia de un enfoque multisectorial, de la coordinación con otros donantes y del compromiso gubernamental en la lucha contra el VIH/SIDA.

Bolivia

Población	9,525,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 1,260
Prevalencia del VIH	0.2%
Número estimado de casos de VIH	8,100
Incidencia de TB	14,725
Número estimado de casos de TB	18,840
Número estimado de casos de malaria	73,796
Número estimado de muertes por malaria	19

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	8
Valor total de la propuesta	US\$ 31,418,991
Cantidad desembolsada	US\$ 21,735,181
VIH/SIDA	3
Valor total de la propuesta	US\$ 14,948,532
Cantidad desembolsada	US\$ 11,687,780
TUBERCULOSIS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 5,299,074
Cantidad desembolsada	US\$ 4,936,309
MALARIA	3
Valor total de la propuesta	US\$ 11,171,385
Cantidad desembolsada	US\$ 5,111,092

Bolivia es uno de dos países suramericanos sin salida al mar que se encuentra situado en la cordillera de los Andes. Casi la mitad de sus nueve millones de habitantes son amerindios, dos tercios de los cuales viven en áreas rurales. Bolivia es el país más pobre en América del Sur y cuenta con una de las distribuciones de riqueza más desiguales del continente. Se estima que el 10 por ciento de la población controla el 40 por ciento del ingreso nacional.

RECEPTOR PRINCIPAL

Centro de Investigación y Servicios (CIES)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Asociación Ibis - Hivos

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Instituto Tropical Suizo



VIH/SIDA

La epidemia del VIH/SIDA en Bolivia está concentrada en poblaciones en riesgo. La prevalencia del VIH en la población general es del 0,1 por ciento aunque se estima que la epidemia no ha sido debidamente reportada. La mitad de los nuevos casos de VIH en el país son reportados en el estado de Santa Cruz que linda con Brasil y el cual está caracterizado por su actividad comercial y flujos migratorios. La transmisión sexual representa el 84 por ciento de las nuevas infecciones en el país, la mitad por contacto heterosexual. Como resultado de los bajos niveles de educación en referencia a la transmisión y prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA, muchos casos en el país no son detectados hasta que la enfermedad se encuentra en estado avanzado. El uso del condón tanto en la población general como en la vulnerable es muy bajo.

Bolivia ha hecho esfuerzos para desarrollar una estrategia nacional contra el VIH/SIDA pero los recursos han sido limitados y su subsistencia no ha sido garantizada. Los esfuerzos por controlar la epidemia continúan con iniciativas tales como el acuerdo firmado entre el Departamento de Defensa, el Ministerio de Salud y Deportes, y ONUSIDA en el 2007, para actividades de prevención contra el VIH/SIDA entre el personal de las fuerzas armadas.

Una de las subvenciones del VIH/SIDA en Bolivia es gestionada por una organización de la sociedad civil que actúa como Receptor Principal, la Asociación Ibis – Hivos. Esta organización administra el programa implementado inicialmente por el Centro de Investigación, Educación y Servicios y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

La subvención financia un programa que se focaliza en comunidades vulnerables en nueve provincias, incluyendo mujeres embarazadas, para que reciban servicios integrales que incluye TAR y monitoreo para la promoción de adherencia al tratamiento; apoyo psicológico y de laboratorio, y tratamiento de enfermedades oportunistas. Campañas mediáticas, entrenamiento de pares y el mejoramiento de sistemas de vigilancia son algunas de las actividades adicionales que se llevan a cabo bajo el programa. Uno de los objetivos primordiales del programa es reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y mejorar los sistemas de vigilancia. Otro componente importante del programa incluye el apoyo y la promoción de derechos de personas que viven con el VIH y el SIDA.

TUBERCULOSIS

Bolivia cuenta con la tercera incidencia más alta de TB en la región de América Latina y el Caribe y con unos 10.000 casos de TB en todas sus

formas es uno de los países con la carga de TB más alta en América. DOTS fue introducido en Bolivia en 1996 y actualmente cubre el 80 por ciento de la población. La tasa de coinfección con VIH/SIDA es del 0,5 por ciento.

Un programa financiado por el Fondo Mundial busca mejorar la eficiencia del Programa Nacional de Control de TB. La subvención intenta mitigar el impacto social de la tuberculosis y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad al igual que de sus familias. Las estrategias para alcanzar estas metas incluyen: el mejoramiento del DOTS en áreas periurbanas y rurales de 64 municipalidades de alto riesgo de morbilidad de TB a través de hospitales y la comunidad, el expandir el DOTS a comunidades indígenas y el DOTS-Plus para prevenir la incidencia de TB resistente a múltiples fármacos. Acciones de prevención incluyen la expansión y el fortalecimiento de una red nacional de cultivo y de microscopios para el frotis de esputo, y campañas de modificación del comportamiento que utilizan información, educación y actividades de comunicación.

MALARIA

La malaria es endémica en el Amazonas boliviano afectando 20 municipalidades y cerca del tres por ciento de la

población. El *P. falciparum* es responsable por un 0,9 por ciento de las muertes por malaria en la región. El *P. vivax* es la infección predominante en Bolivia y se encuentra a través del territorio nacional. Entre las poblaciones propensas a la malaria están los indígenas, las poblaciones móviles, los agricultores, personas que habitan en áreas rurales y el personal de las fuerzas armadas.

En el 2004 se inició una subvención del Fondo Mundial para financiar un programa integral de prevención, diagnóstico y tratamiento de malaria. Actividades financiadas bajo el programa incluían campañas de información, educación y comunicación, el fortalecimiento de vigilancia entomológica y del medio ambiente, y la expansión de un proyecto de mercadeo social para promover el uso de mosquiteros impregnados con insecticida. Los resultados obtenidos por estos programas no cumplieron los objetivos iniciales. Por lo tanto, se tomó la decisión de “no continuación” de la subvención para Fase 2 y el proyecto cerró en 2007. Sin embargo, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) presentó una mejor propuesta contra la malaria en la octava ronda la cual fue aprobada por la Junta Directiva del Fondo Mundial en noviembre del 2008.

Brasil

Población	191,600,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 5,910
Prevalencia del VIH	0.6%
Número estimado de casos de VIH	730,000
Incidencia de TB	92,102
Número estimado de casos de TB	114,417
Número estimado de casos de malaria	1,378,697
Número estimado de muertes por malaria	1,031

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	3
Valor total de la propuesta	US\$ 37,670,555
Cantidad desembolsada	US\$ 10,754,880
TUBERCULOSIS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 11,602,427
Cantidad desembolsada	US\$ 9,298,889
MALARIA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 26,068,128
Cantidad desembolsada	US\$ 0

RECEPTOR PRINCIPAL

Fundação Ataulpho de Paiva (FAP)

Fundação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FFMUSP)

Fundação Para O Desenvolvimento Científico E Tecnológico Em Saúde (FIOTEC)

Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Deloitte

Brasil tiene la población más grande de América Latina y el Caribe con 191.6 millones de personas avivando el mercado emergente más grande de las Américas. Desde mediados de los 90 el país ha alcanzado reformas económicas significativas incluyendo una reducción en el porcentaje de la población que vive en la pobreza. De acuerdo al Fondo Mundial este porcentaje disminuyó del 39,4 por ciento en el 2003 al 30,3 por ciento en el 2007. Brasil cumple así con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el de reducir la pobreza.

Otros indicadores positivos incluyen cuatro años de educación primaria para el 97 por ciento de la población, un decline en la tasa de mortalidad infantil y un descenso en la incidencia del trabajo infantil el cual bajó un seis por ciento durante el mismo periodo.

Existe, sin embargo, una dimensión étnica en la pobreza en Brasil. Aunque sólo el 45 por ciento de la población es afrobrasileña, ese sector representa el 68 por ciento de la población que vive en la pobreza. Los grupos amerindios también se encuentran marginados y altos números en estas poblaciones están inmigrando hacia las ciudades en busca de trabajo, acceso al sistema de salud y la educación. Altos niveles de migración hacia los centros urbanos han creado las favelas o barrios caracterizados por altos niveles de pobreza, densidad poblacional y crimen. Condiciones de hacinamiento y falta de acceso a cuidados de salud han contribuido a la dispersión de TB en el país.



TUBERCULOSIS

Brasil cuenta con la prevalencia de TB más alta de América Latina y junto a Perú es responsable por el 50 por ciento de todos los casos de la región. Aun cuando Brasil es un país con una economía de ingreso mediano alto, es el decimosexto entre los 22 países con la carga de TB más elevada. En el 2004, la incidencia de la TB fue de 60 casos por cada 100.000 personas. La lucha contra la TB en el Brasil es integrada dentro del sistema de asistencia sanitaria y está cada vez más descentralizada a niveles regionales, además el presupuesto público se ha duplicado desde que el país renovó su compromiso al DOTS bajo el Programa Nacional de Control de la TB. La estrategia de DOTS fue originalmente adoptada en 1988 aun cuando la implementación ha sido lenta.

La tasa de incidencia más alta se encuentra en los estados de Río y Sao Paulo los cuales representan más del 40 por ciento de los casos en el país. La coinfección con VIH en esos estados alcanza un 25 por ciento mientras que en otros estados no supera el 10 por ciento. Brasil se convirtió en el primer país con una alta carga de la enfermedad en combatir la coinfección ofreciendo terapia antirretroviral a todos los pacientes de TB y VIH.

Un programa financiado por el Fondo Mundial está siendo implementado por dos Receptores Principales, Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) y la Fundação Ataulpho de Paiva (FAP). Estos receptores han establecido buenas relaciones de trabajo en lo que se ha convertido en un modelo innovador en la región. Los dos administran cuatro objetivos del programa: fortalecer la estrategia de DOTS en áreas focales, fortalecer la respuesta social a la TB con actividades relacionadas a las poblaciones móviles, cambio de comportamiento, apoyo y concientización, y mejorar la estructura de la red de laboratorios e implementar un programa de control de calidad.

El programa se focaliza en intervenciones en poblaciones en riesgo incluyendo prisioneros y personas que viven en la calle. Las actividades relacionadas al fortalecimiento de la respuesta social del TB son llevadas a cabo a través de organizaciones de la sociedad civil. El programa busca asegurar un tratamiento de calidad con la detección a tiempo de la TB, y mejorar el sistema actual de información en 11 áreas metropolitanas entrenando trabajadores de programas de VIH y TB sobre la coinfección.

MALARIA

Brasil aporta una porción substancial de los casos de malaria en América Latina, de los cuales la mayoría ocurre en el Estado del Amazonas. Brasil recibió una subvención de la octava convocatoria para financiar programas de malaria.

La subvención de la octava Convocatoria será implementada por dos Receptores Principales: La Fundación de Medicina Tropical del Amazonas y la Fundação Faculdade de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. La meta principal de esta propuesta es de reducir la transmisión de malaria en más del 50 por ciento a través de intervenciones en 47 municipalidades en la región del Amazonas que representan el 70 por ciento del número total de casos reportado en Brasil en el 2007. Las poblaciones beneficiadas incluyen inmigrantes que trabajan en la amplia y creciente frontera agrícola e individuos que trabajan en las minas de oro y otras actividades extractivas. Una importante parte de la población se compone de indígenas de la región del Amazonas y residentes de zonas empobrecidas en áreas periurbanas tales como las favelas.

Chile

Población	16,600,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 8,350
Prevalencia del VIH	0.3%
Número estimado de casos de VIH	31,000
Incidencia de TB	2,038
Número estimado de casos de TB	2,009
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 38,059,416
Cantidad desembolsada	US\$ 28,835,307
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 38,059,416
Cantidad desembolsada	US\$ 28,835,307

RECEPTOR PRINCIPAL

Consejo de las Américas

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Desde 1990, Chile ha sido la economía de más rápido crecimiento en América Latina con un desarrollo promedio per cápita del 4 por ciento y un aumento per cápita del producto interno bruto del 46 por ciento. Los niveles de pobreza en el país se han reducido pero la desigualdad entre grupos sociales y algunas regiones continúa. Como en la mayoría de la región, las comunidades amerindias son caracterizadas por niveles de pobreza más altos y un estándar de vida más bajo que el resto de la población.

VIH/SIDA

La epidemia en Chile es concentrada en poblaciones vulnerables con una tasa de prevalencia del 0,2 por ciento en la población general. Se estima que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cuentan con la tasa de incidencia más alta. La transmisión sexual continúa siendo el propulsor de contagio del VIH en el 92 por ciento de los casos. A pesar de una tasa constante de infección de VIH, la tasa de mortalidad del SIDA ha disminuido un 67 por ciento, esto se debe en parte a un mayor acceso a terapia antirretroviral. Bajos niveles de educación y una alta tasa de desempleo parecen contribuir a nuevas infecciones del VIH que afecta mayormente a personas entre los 20 y los 29 años de edad.

El Fondo Mundial subvencionó un programa contra el VIH/SIDA en Chile que buscaba brindar terapia antirretroviral general, ampliar actividades de prevención a través del país, y fortalecer la colaboración entre las autoridades nacionales de salud, las personas que viven con el VIH y el SIDA y la sociedad civil. Las actividades incluían el fortalecimiento de las capacidades administrativas de VIVO POSITIVO y ASOSIDA – la red nacional de personas que viven con el VIH y el SIDA– a través del entrenamiento y la prevención.

En el quinto año del proyecto, por lo menos 63 organizaciones serán parte de ASOSIDA en nueve regiones del país, con sus respectivos planes de prevención y educación. Los proyectos cogestionados incluyen acciones en el área de cambios culturales tales como la iniciativa para promover la participación y el liderazgo en mujeres, y el proyecto contra la discriminación en áreas de trabajo y educación de personas que viven con el VIH y el SIDA.



Colombia

Población	46,156,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,250
Prevalencia del VIH	0.6%
Número estimado de casos de VIH	170,000
Incidencia de TB	16,333
Número estimado de casos de TB	19,831
Número estimado de casos de malaria	408,352
Número estimado de muertes por malaria	444

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	2
Valor total de la propuesta	US\$ 31,798,002
Cantidad desembolsada	US\$ 8,521,207
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 8,669,848
Cantidad desembolsada	US\$ 8,521,207
MALARIA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 23,128,154
Cantidad desembolsada	US\$ 0

RECEPTOR PRINCIPAL

FONADE

Fundación Universidad de Antioquia

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Colombia es un país multiétnico, rico en recursos humanos y naturales, y marcado por contrastes geográficos. Es el único país en América del Sur en contar con un litoral en la costa del Atlántico y del Pacífico. Colombia cuenta además con la cordillera de los Andes, el Amazonas, extensos valles y llanos. El país se encuentra caracterizado por la pobreza, altos niveles de violencia, tráfico de drogas y un conflicto armado de más de 30 años. Estudios indican que el impacto de la guerra en la economía es tal que en épocas de paz el ingreso per cápita de los colombianos aumentaría un 50 por ciento.

Se estima que el 49 por ciento de la población vive en la pobreza. La desigualdad en la distribución de la riqueza es una de las más altas en América Latina ya que sólo un 20 por ciento de colombianos recibe el 60 por ciento de los ingresos nacionales. La desigualdad persiste en Colombia aun en tiempos de prosperidad económica, una situación que agrava la violencia y la migración a centros urbanos. Desde 1985, una combinación de factores ha dejado un alto número de desplazados internos en exceso de 1,5 millones de personas. Un gran número de desplazados internos viven en condiciones de hacinamiento, sin acceso a servicios básicos de salud o sanidad ni a la educación.



VIH/SIDA

En Colombia, la epidemia de VIH/SIDA está concentrada primordialmente entre poblaciones jóvenes y vulnerables, especialmente entre los desplazados internos. La epidemia afecta cada vez más a las mujeres, con transmisión por relaciones heterosexuales en el 96 por ciento de los casos. La tasa de infección a lo largo de la costa del Caribe en particular tiene un efecto desproporcionado entre los jóvenes y las mujeres. La tasa de mortalidad del SIDA es 30 por ciento más alta entre las mujeres que entre los hombres y continúa ganando terreno entre las causas de muerte en el país. Se estima que en Colombia sólo un 54 por ciento de personas que requieren tratamiento antirretroviral lo reciben. Además, a las personas que viven con el VIH y el SIDA se les estigma, se les discrimina y se les violan sus derechos humanos.

La precaria situación de orden público en algunas regiones del país añade una carga adicional a la implementación del programa y el acceso a ciertas estaciones del mismo se ve afectada por la creciente violencia. La volatilidad política y la intolerancia han resultado en amenazas de muerte en contra del personal del programa y sus familias obligando a su traslado.

El programa financiado por el Fondo Mundial busca reducir la vulnerabilidad de las infecciones de transmisión sexual y del VIH en adolescentes de 48 comunidades marcadas por la pobreza y por altos números de desplazados internos. El programa se enfoca en los miembros más cercanos de la familia, en autoridades civiles, educadores, personal del servicio de salud, organizaciones comunitarias, religiosas y del sector privado. Las estrategias incluyen el tratamiento y la prevención, y las actividades financiadas por el programa van desde la provisión de terapia antirretroviral hasta el financiamiento de centros destinados a acoger jóvenes en riesgo: los “ensayaderos” o centros de ensayo de música. El programa ha servido además para fortalecer instituciones de la sociedad civil.

La participación de empresas del sector privado y la interacción entre el proyecto y el programa de educación sexual nacional ha tenido un gran éxito. El programa ha servido para crear microempresas y patrocina actividades culturales para asociaciones juveniles.

MALARIA

La malaria es un grave problema de salud pública en Colombia donde una gran parte del país está cubierta por selva tropical. Las poblaciones amerindias están entre las poblaciones étnicas más afectadas. Colombia solicitó exitosamente financiamiento contra la malaria por medio de la octava convocatoria de subvenciones del Fondo Mundial.

Costa Rica

Población	4,500,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 5,560
Prevalencia del VIH	0.4%
Número estimado de casos de VIH	9,700
Incidencia de TB	491
Número estimado de casos de TB	480
Número estimado de casos de malaria	9,278
Número estimado de muertes por malaria	0

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	2
Valor total de la propuesta	US\$ 3,583,871
Cantidad desembolsada	US\$ 3,566,949
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 3,583,871
Cantidad desembolsada	US\$ 3,566,949

RECEPTOR PRINCIPAL

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)
del Gobierno de la República de Costa Rica

HIVOS (Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Instituto Tropical Suizo

Costa Rica es considerada como la democracia más estable en América Latina y también una de las economías más estables en la región. De acuerdo a la calificación del Banco Mundial, Costa Rica es una nación de ingreso mediano alto. Aproximadamente un 15 por ciento de la población es extranjera, y solamente el uno por ciento de los 4 millones de habitantes son indígenas, sin embargo la mayoría de estos viven en reservaciones carentes de educación, electricidad y agua potable.

La prostitución en Costa Rica es legal para cualquier persona mayor de 18 años de edad, sin embargo el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) estima que unos 3.000 niños son víctimas de la explotación sexual. El PANI considera que los niños que viven en las calles en San José, Limón y Puntarenas están en riesgo. Aun cuando no hay leyes en contra del turismo sexual, varias campañas del gobierno y de grupos de apoyo advierten sobre sus peligros y su asociación con la explotación sexual infantil.³



VIH/SIDA

El VIH/SIDA apareció inicialmente en Costa Rica en 1983 entre pacientes de transfusión sanguínea, para el 2006 se habían registrado 4.000 casos en el país. La epidemia está concentrada en poblaciones vulnerables, con un 0,2 por ciento de prevalencia entre la población general. La transmisión sexual es la causa más común de nuevas infecciones de VIH, con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aportando el 44 por ciento de los casos y una transmisión heterosexual del 24 por ciento. Los hombres se ven más afectados que las mujeres. Costa Rica intenta implementar un Plan Nacional de Investigación del VIH para documentar mejor las tasas de prevalencia entre las poblaciones vulnerables, incluyendo trabajadores sexuales para quienes no existen datos. Desde 1998 Costa Rica encabeza la región en la provisión de tratamiento gratuito para los PVVS tal y como lo requiere la legislación nacional del VIH/SIDA.

Una subvención del Fondo Mundial contra el VIH/SIDA en Costa Rica, otorgado durante la segunda convocatoria y que cerró en el 2009, apoyó mecanismos existentes para promover una mayor concientización sobre sus riesgos, y promover cambios en la práctica y la disposición sexual entre niños y adolescentes, y entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Cuba

Población	11,268,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	0.1%
Número estimado de casos de VIH	6,200
Incidencia de TB	724
Número estimado de casos de TB	739
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	3
Valor total de la propuesta	US\$ 56,050,450
Cantidad desembolsada	US\$ 42,617,047
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 50,594,705
Cantidad desembolsada	US\$ 38,907,421
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 5,455,745
Cantidad desembolsada	US\$ 3,709,626

RECEPTOR PRINCIPAL

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

La isla más grande del Caribe y la segunda de más alta población, Cuba es también la única economía controlada de las Américas. A los cubanos se les garantiza una ración básica de comida y artículos, junto a servicios sociales y cuidado médico gratuito. Después del colapso de la Unión Soviética y el fin de subsidios a Cuba, el país enfrentó numerosos retos económicos. Cuba abrió su economía al turismo y permitió, de manera limitada, el empleo privado. La isla se estabilizó económicamente, con un crecimiento real del producto interno bruto estimado en el 2007 en un siete por ciento. En el 2008 el país se vio afectado por un sinnúmero de infraestructura del país.



VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en Cuba ha sido caracterizada por un crecimiento lento y urbano y una baja prevalencia del 0,09 por ciento. La mitad de los nuevos casos de SIDA y VIH en el país se reportan en la Ciudad de La Habana. La epidemia está concentrada en grupos en riesgo. Los hombres constituyen un 76 por ciento de todos los casos con una fuerte concentración entre aquellos que tienen relaciones sexuales con hombres. Estos continúan siendo fuertemente afectados por la epidemia a pesar de las estrategias implementadas en su favor en los primeros años de la década. Al final del 2005, la estrategia nacional fue revisada y se propuso ampliar las campañas focalizadas hacia los hombres con el fin de fortalecer la transversalidad de la educación sexual y el enfoque de géneros.

La terapia antirretroviral se proporcionó por primera vez en 1993 y desde entonces el programa ha sido ampliado para alcanzar a todos aquellos que lo necesiten. La terapia antirretroviral se brinda sin cargo alguno bajo el sistema de salud nacional. Además, los pacientes reciben alimentos y otro tipo de asistencia a través del programa administrado por el PNUD el cual es el receptor principal de tres subvenciones del Fondo Mundial en Cuba. Los programas financiados por El Fondo Mundial apoyan el Plan Estratégico Nacional para el VIH/SIDA y complementan otras iniciativas nacionales. Poblaciones focales incluyen trabajadoras y trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, jóvenes y la población en general. Entre las actividades financiadas se encuentran el servicio de consejería para personas entre 15 a 34 años, entrenamiento a consejeros pares, programas de educación sobre la transmisión de infecciones sexuales y del VIH/SIDA, y la distribución de condones.

Una segunda subvención del Fondo Mundial financia la expansión y descentralización de esfuerzos de prevención al igual que actividades de apoyo y cuidado integral para prevenir nuevas infecciones y para disminuir la morbilidad y mortalidad en Cuba. El programa se enfoca en adolescentes y jornaleros, incluyendo trabajadores ambulantes de la construcción. El programa busca fortalecer el sistema de salud municipal impartiendo información sobre la nutrición, conocimientos de la legislación existente, y la participación de mujeres seropositivas en la prevención, así como el entrenamiento de diagnóstico para personas que viven con el VIH y el SIDA.

Los fondos de las subvenciones son además utilizados para adquirir equipo médico y de laboratorio, reagentes y fármacos antirretrovirales. Los fondos también se utilizan para ampliar la red de vigilancia epidemiológica, para financiar programas de entrenamiento, para la diseminación de información técnica científica, y para materiales de educación.

TUBERCULOSIS

En 1962 Cuba estableció un programa nacional de control de la TB el cual ha incluido tratamiento directamente supervisado desde 1971 y DOTS desde 1982. La tasa de cura para la TB es del 92 por ciento, el número de nuevos casos continúa disminuyendo, y la cobertura de la vacuna de BCG contra la tuberculosis en recién nacidos es casi universal.

Una subvención recientemente aprobada beneficiará a Cuba por medio de las siguientes actividades: campañas de concientización de TB en comunidades en riesgo, el manejo de control de diagnóstico y tratamiento en grupos vulnerables, entrenamiento del personal del servicio de salud para mejorar la gestión terapéutica; y mejorar la red de laboratorios a través del sistema de salud. Las poblaciones en las que se enfocará el programa incluyen los ancianos, las personas que viven con el VIH y el SIDA, y aquellas personas en contacto con pacientes de TB que viven en instituciones tales como los centros de cuidado de ancianos y discapacitados, y hospitales psiquiátricos.

República Dominicana

Población	9,800,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,550
Prevalencia del VIH	1.1%
Número estimado de casos de VIH	62,000
Incidencia de TB	8,323
Número estimado de casos de TB	8,045
Número estimado de casos de malaria	8,545
Número estimado de muertes por malaria	26

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	4
Valor total de la propuesta	US\$ 114,981,322
Cantidad desembolsada	US\$ 54,721,459
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 94,254,870
Cantidad desembolsada	US\$ 48,484,481
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 16,667,672
Cantidad desembolsada	US\$ 6,236,978
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 4,058,780
Cantidad desembolsada	US\$ 0

RECEPTOR PRINCIPAL

Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)

Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) del Gobierno de la República Dominicana

Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel

Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)

Subsecretaría de Estado de Salud Colectiva (SESPAS)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

La República Dominicana ubicada en la Isla de La Española es una nación de ocho millones de habitantes. Treinta por ciento de la población vive en la pobreza con cordones de pobreza concentrados en la frontera con Haití con quien comparte la isla. A pesar de que el país experimentó un auge económico de 1997 al 2002, la desigualdad de ingresos y los niveles de pobreza se mantuvieron constantes durante ese periodo.

Un hecho que contribuye a la carga de pobreza en la República Dominicana es la migración de Haitianos empobrecidos que buscan mejores oportunidades económicas. Una gran mayoría vive en los bateyes que son barracas de madera que usualmente amparan trabajadores pobres y agrícolas y que se ubican en torno a las plantaciones de caña de azúcar. Estos trabajadores viven usualmente en condiciones de aislamiento sin acceso a servicios de salud, una situación agravada para el 30 por ciento de los pobres que no cuentan con identificación nacional lo que también les impide el acceso a prestaciones de salud y a la educación.

El turismo sexual también es omnipresente en la isla, sin embargo estudios demuestran que a pesar de esto el mayor sostén de la industria son los dominicanos.



VIH/SIDA

Unas 66.000 personas viven con VIH y SIDA en la República Dominicana. La prevalencia del VIH se calcula en un 1,1 por ciento aun cuando estudios recientes sugieren que la cifra podría ser más alta en zonas rurales. La transmisión heterosexual constituye el 75 por ciento de los casos, afectando más hombres que mujeres aunque la prevalencia está aumentando entre trabajadoras sexuales. Se considera que solo la mitad de aquellas personas que lo requieren reciben terapia antirretroviral.

El programa financiado por El Fondo Mundial, y administrado por el gobierno, busca aumentar los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH a lo largo del país con especial atención en las poblaciones en riesgo y vulnerables incluyendo trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, jóvenes, mujeres embarazadas, residentes de los bateyes, poblaciones migrantes y personal de las fuerzas armadas. Actividades financiadas incluyen campañas de modificación de comportamiento dirigido hacia grupos vulnerables, más centros de asesoramiento y pruebas voluntarias, y más centros que ofrecen terapia antirretroviral — incluyendo a mujeres embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil del VIH.

El programa provee además entrenamiento a personal de salud en el manejo clínico del VIH/SIDA.

TUBERCULOSIS

La TB es una seria amenaza a la salud pública en la República Dominicana con cerca de 8.000 casos de TB en el 2004 y con la novena tasa de infección en América. Los más afectados son personas que viven en la pobreza extrema, inmigrantes haitianos, residentes de los bateyes y prisioneros. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que los casos que no se reportan pueden ser del 50 por ciento. La estrategia DOTS fue implementada bajo el Programa Nacional de Control de la TB en 1998 y llegó al 80 por ciento de la población en el 2004. La nación enfrenta una de las tasas más altas de fármaco resistencia en el hemisferio occidental.

Dos subvenciones de TB del Fondo Mundial sirven a la República Dominicana. La primera financia un programa para reducir la carga de TB en 20 provincias las cuales afectan cerca del 29 por ciento de la población del país e incluyen poblaciones vulnerables tales como los inmigrantes haitianos, prisioneros y residentes de los bateyes. Las metas del programa incluyen mejorar las destrezas técnicas y gerenciales del personal

de salud involucrado en la respuesta a la TB, y el desarrollar una estrategia de movilización social para el área en cuestión. Los fondos del programa han proveído docenas de centros de salud con un suministro regular de medicamentos e insumos y con entrenamiento para trabajadores de la salud y voluntarios en la prevención y control de actividades de TB. Los fondos han sido además utilizados para rehabilitar una unidad de salud para el tratamiento de pacientes con tuberculosis resistente a múltiples fármacos lo que es uno de los más notables logros del programa.

Una segunda subvención, recientemente firmada, financiará un programa focalizado en la tuberculosis resistente a múltiples fármacos y a la coinfección de TB/VIH, se focalizará en los inmigrantes haitianos y en sus descendientes que vivan en los bateyes, así como en residentes de barrios marginados. El programa buscará fortalecer el Programa Nacional de TB extendiendo la estrategia de DOTS, proveyendo equipo de diagnóstico, fortaleciendo el registro de casos y sistemas de análisis, entrenando personal técnico y apoyando una agenda binacional —junto a Haití— para el control de la tuberculosis.

MALARIA

La malaria es endémica en partes rurales de la República Dominicana, y el país ha vivenciado muy recientemente un crecimiento en los números de casos reportados; posiblemente ello se ha debido a copiosas lluvias producidas por recientes tormentas tropicales. En la Ronda 8, la República Dominicana obtuvo una subvención para apoyar actividades de prevención contra la malaria.

Ecuador

Población	13,341,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,080
Prevalencia del VIH	0.3%
Número estimado de casos de VIH	26,000
Incidencia de TB	13,517
Número estimado de casos de TB	18,642
Número estimado de casos de malaria	31,523
Número estimado de muertes por malaria	22

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	4
Valor total de la propuesta	US\$ 37,598,279
Cantidad desembolsada	US\$ 25,550,822
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 13,809,852
Cantidad desembolsada	US\$ 11,933,983
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 16,353,319
Cantidad desembolsada	US\$ 13,616,839
MALARIA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 7,435,108
Cantidad desembolsada	US\$ 0

La población de Ecuador es una de las de más rápido crecimiento en América y cuenta con 13 millones de habitantes. Esta nación ubicada en América del Sur ha tomado pasos para incrementar el número de inscripciones en la escuela primaria y para mejorar el bienestar de la población. Sin embargo, el 41 por ciento de la población continúa siendo clasificada como pobre. Las comunidades rurales son especialmente afectadas ya que ocho de cada diez habitantes carece de servicios básicos y servicios de salud.

RECEPTOR PRINCIPAL

Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador

CARE Ecuador

Kimirini

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers



VIH/SIDA

Desde 1984 cuando el VIH/SIDA apareció por primera vez en el Ecuador, la epidemia se ha desarrollado entre poblaciones vulnerables mayormente concentradas en las provincias costeras. Guayaquil, el puerto más importante y la ciudad más grande del país, representa el 71 por ciento de todos los casos mientras que Guayas la provincia más grande y con mayor densidad poblacional, tiene la incidencia más alta de casos pediátricos (con el 75 por ciento) y la más alta tasa de mortalidad de SIDA (83 por ciento). La mayoría de nuevos casos ocurren entre los hombres aun cuando las mujeres son cada vez más afectadas. El personal de las fuerzas armadas son un grupo vulnerable y presentan una tasa de incidencia del 1,1 por ciento. El país ha alcanzado más del 70 por ciento de éxito en la cobertura de terapia antirretroviral. Gracias a las actividades complementarias del Fondo Mundial y del gobierno del Ecuador no existe en el momento una lista de espera para el acceso a tratamiento.

La primera subvención experimentó algunas dificultades en su implementación por lo que se tomó la decisión de dividirla en dos programas con dos Receptores Principales. Un Receptor Principal es el Ministerio de Salud Pública y el segundo Receptor es una agencia no gubernamental, CARE Ecuador. El programa administrado por el Ministerio de Salud se concentra en mejorar el acceso a servicios de salud, incluyendo terapia antirretroviral, y sobre el desarrollo y fortalecimiento de redes de personas que viven con el VIH y el SIDA para fomentar su participación en la promoción social y en la defensa de sus derechos humanos. El programa gestionado por el segundo Receptor Principal, CARE Ecuador, se ocupa de las actividades de la sociedad civil que incluyen campañas de cambio de comportamiento dirigidas hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales, además de servicios adicionales de asesoramiento y pruebas voluntarias a los que presta el Ministerio de Salud.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis en Ecuador se considera como un problema de salud pública aun cuando por la falta de notificación la totalidad del problema se desconoce. Ecuador tiene una de las tasas más altas de TB resistente a múltiples fármacos en América Latina. El DOTS cubre el 70 por ciento de la población y está siendo implementada en seis provincias.

El programa financiado por El Fondo Mundial busca expandir y consolidar la estrategia de DOTS de cubrir las 22 provincias del Ecuador. La consolidación de DOTS estará implementada por nuevos proveedores, incluyendo organizaciones comunitarias no gubernamentales, la red de seguridad social y las fuerzas armadas. Porque la resistencia a múltiples fármacos es una preocupación de salud pública, el programa planea fortalecer la capacidad de tratamiento y diagnóstico y desarrollar el proyecto de DOTS-Plus para que se ocupe de tales casos. La Fase 2 del programa continúa la expansión de DOTS por dos vías, una a través de hospitales y la segunda a través de la expansión de DOTS comunitarios. Como parte de la estrategia para luchar contra la coinfección de VIH/TB el programa busca llevar a cabo un estudio de prevalencia en tres provincias así como finalizar y formalizar normas y guías de tratamiento en la coinfección del VIH/TB.

MALARIA

La malaria es un problema de salud pública para el Ecuador, especialmente en las provincias del Amazonas y en la Provincia de Esmeraldas en la costa pacífica. El Ecuador se ha beneficiado de financiamiento del Fondo Mundial a través de una subvención multinacional para combatir la malaria en sus fronteras. Además sometió una propuesta a la octava convocatoria la cual fue aprobada y será implementada en 133 municipalidades de áreas en riesgo o áreas susceptibles a la transmisión de la malaria en 22 provincias del país. Los objetivos principales de la propuesta son el fortalecer la capacidad de los servicios de salud para el diagnóstico y el monitoreo de la malaria, promover cambios de comportamiento, reforzar alianzas estratégicas multisectoriales y fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de alerta y respuesta temprana.

El Salvador

Población	6,900,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 2,850
Prevalencia del VIH	0.8%
Número estimado de casos de VIH	35,000
Incidencia de TB	2,715
Número estimado de casos de TB	3,284
Número estimado de casos de malaria	86
Número estimado de muertes por malaria	0

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	6
Valor total de la propuesta	US\$ 37,820,783
Cantidad desembolsada	US\$ 27,610,488
VIH/SIDA	4
Valor total de la propuesta	US\$ 34,042,558
Cantidad desembolsada	US\$ 23,832,263
TUBERCULOSIS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 3,778,225
Cantidad desembolsada	US\$ 3,778,225

RECEPTOR PRINCIPAL

Ministerio de Salud

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Instituto Tropical Suizo

Después de una guerra civil que cobró la vida de unas 75.000 personas en 12 años, El Salvador ha experimentado una recuperación económica impulsada por sectores agrícolas y de la construcción. El gobierno ha logrado importantes resultados en áreas sociales incluyendo más inscripciones en la educación primaria, la reducción de la mortalidad materna e infantil y la provisión de servicios básicos como el acceso al agua potable.

El crecimiento económico alcanzó el 4,2 por ciento en el 2006 pero la desigualdad económica ha aumentado afectando aún más a las familias pobres. El Salvador enfrenta altos niveles de violencia y crimen lo que estresa la carga de la pobreza. La desvalorización de la propiedad en barrios peligrosos afecta a los sectores más pobres de la población. Debido a las peligrosas condiciones de estas áreas existe poco transporte público lo que dificulta aún más el acceso de la población a oportunidades educativas y laborales.

La economía salvadoreña depende, hasta un cierto grado, del envío de remesas de salvadoreños que trabajan en el exterior especialmente en los Estados Unidos. Estudios llevados a cabo por el PNUD muestran que un 22,3 por ciento de familias reciben envíos de dinero del exterior.



VIH/SIDA

En El Salvador la prevalencia del VIH es menor del uno por ciento y afecta mayormente a grupos en riesgo tales como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales. Sin embargo el país carece de un sistema de vigilancia adecuada y los casos podrían ser un 50 por ciento más alto de lo reportado. La epidemia continúa siendo mayormente urbana, con el 80 por ciento de casos transmitidos sexualmente, en su mayoría por vía heterosexual, y afecta en particular a los hombres entre 15 y 39 años de edad. La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es del 17 por ciento, entre prisioneros es del seis por ciento, mientras que la prevalencia entre trabajadores sexuales varía entre el tres y el 16 por ciento dependiendo de la localidad.

El Fondo Mundial ha aprobado dos propuestas contra el VIH/SIDA en El Salvador. La primera, cuya meta general es disminuir la incidencia y la tasa de mortalidad del VIH/SIDA, resultó en dos programas gestionados por el PNUD y el Ministerio de Salud respectivamente. Los dos Receptores Principales trabajan en unísono y proveen actividades de prevención y tratamiento. El PNUD es responsable por la implementación de actividades con la sociedad civil y actividades relacionadas a la prevención que utilizan la estructura de programas previos para trabajar con poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes delincuentes o con problemas de adicción.

El programa gestionado por el Ministerio de Salud se centra en actividades de prevención en prisioneros, con pruebas voluntarias a mujeres embarazadas durante el cuidado prenatal, y el suministro de terapia antirretroviral de acuerdo a protocolos nacionales. Dos unidades de pruebas de VIH fueron construidas y equipadas con el apoyo del Fondo Mundial para poder llegar a poblaciones en riesgo en toda la nación. La más reciente subvención aprobada y resultado de la segunda propuesta buscará reducir el impacto social y económico de la epidemia al centrarse en tres aspectos del Plan Estratégico Nacional que no fueron alcanzados en la primera propuesta: la optimización del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y de infecciones de transmisión sexual, el fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA y de infecciones de transmisión sexual, y fomentar el respeto a los derechos humanos y a la igualdad de géneros en la prevención, cuidado y tratamiento del VIH/SIDA.

TUBERCULOSIS

En 1997 El Salvador adoptó la estrategia de DOTS en cinco áreas piloto y desde entonces éstas han incrementado. Desde el 2000, los servicios de DOTS se encuentran disponibles en todos los centros del Ministerio de Salud y de servicios sociales. Además las 18 prisiones del país aplican la estrategia de DOTS. Aun cuando la resistencia del TB a múltiples fármacos no es un serio problema, las coinfecciones de TB/VIH sí están creciendo.

La subvención de TB en El Salvador apoya un programa que busca reducir el número de nuevos casos de TB y reducir además la tasa de mortalidad focalizándose no solamente en la población general sino además en prisioneros, trabajadores del sector salud (incluyendo aquellos en las fuerzas armadas) y pacientes de VIH/SIDA en un esfuerzo por reducir la coinfección. Actividades financiadas por El Fondo Mundial complementan esfuerzos de los programas nacionales de TB y del SIDA para detectar mejor la coinfección. Una campaña de comunicación de TB implementada con la ayuda de fondos de la subvención ayuda a la comunidad en general a entender mejor la TB y su transmisión.

Guatemala

Población	13,354,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 2,440
Prevalencia del VIH	0.8%
Número estimado de casos de VIH	59,000
Incidencia de TB	8,479
Número estimado de casos de TB	11,575
Número estimado de casos de malaria	140,541
Número estimado de muertes por malaria	11

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	3
Valor total de la propuesta	US\$ 58,400,397
Cantidad desembolsada	US\$ 49,918,809
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 40,921,918
Cantidad desembolsada	US\$ 34,249,540
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 3,728,437
Cantidad desembolsada	US\$ 3,424,948
MALARIA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 13,750,042
Cantidad desembolsada	US\$ 12,244,321

RECEPTOR PRINCIPAL

Fundación Visión Mundial Guatemala

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Emerging Markets Group

Guatemala, una nación centroamericana, se recupera aún de los devastadores efectos de una guerra civil de 36 años que terminó en 1996. Un país de ingreso mediano bajo con 13 millones de habitantes, Guatemala está marcado por grandes disparidades en niveles de ingresos, recursos y oportunidades para sus ciudadanos. La agricultura representa solamente el 26 por ciento del producto interno bruto pero genera el 60 por ciento de todos los empleos del país. La nación tiene una de las más altas concentraciones indígenas en América, y los grupos amerindios representan el 48 por ciento de la población. El 67 por ciento de amerindios en Guatemala sufren de analfabetismo, desnutrición crónica, pobreza, falta de servicios básicos de salud, una menor expectativa de vida al nacer y tasas de mortalidad materno infantil mayores que el resto de la población. El gasto en salud pública en Guatemala es uno de los más bajos en América y un significativo número de la población en general no cuenta con acceso regular a servicios de salud. Guatemala cuenta con tres subvenciones todas gestionadas por la organización Fundación Visión Mundial Guatemala.



VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en Guatemala está concentrada en grupos vulnerables, los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres son el grupo con la tasa de infección más alta. Su modo de transmisión es sexual en 94 por ciento de los casos. La mayor parte de casos de SIDA ocurre en adolescentes y adultos jóvenes con dos de tres infecciones en varones. En Guatemala la cobertura de terapia antirretroviral es muy baja. El Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/SIDA fue implementado por ley nacional en el 2000 e incluye provisiones para la protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y el SIDA. Adicionalmente, la ley guatemalteca define a las infecciones de transmisión sexual y la epidemia del VIH/SIDA como asuntos de prioridad nacional.

Desde el 2004, el programa del Fondo Mundial busca ampliamente reducir la tasa de transmisión del VIH y los niveles de morbilidad y mortalidad de la enfermedad en Guatemala. Como parte de la estrategia de prevención, se inició una exitosa campaña de comunicación de cambio de comportamiento centrada en las personas que viven con el VIH y el SIDA, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, jóvenes en riesgo y prisioneros. Actividades financiadas por medio de esta subvención incluyen el asesoramiento y pruebas voluntarias, distribución de condones y el tratamiento de infecciones oportunistas.

TUBERCULOSIS

La incidencia de TB en Guatemala se estima en 63 por cada 100.000, sin embargo la tasa de incidencia entre los prisioneros es mucho mayor debido a la falta de estrategias de DOTS en las cárceles. Preocupantes niveles de TB resistente a fármacos han sido detectados en el país. Estudios de resistencia llevados a cabo entre el 2002 y el 2003 de medicamentos esenciales contra la TB (H, R, E y S) indicaron una resistencia primaria del 35 por ciento y una resistencia a múltiples fármacos del tres por ciento, en parte debido — probablemente — a la ausencia de supervisión del tratamiento en otras instituciones del sector salud no incorporadas a la estrategia de DOTS. La meta general del programa financiado por El Fondo Mundial es reducir la prevalencia, incidencia y mortalidad de TB en Guatemala. Específicamente, el programa busca reducir el número de casos de frotis positivo al 16,8 por 100.000 habitantes durante el término de la subvención, así como reducir la prevalencia y mortalidad de la TB en un 50 por ciento. El programa busca expandir la cobertura de la estrategia de DOTS, centrándose en las poblaciones pobres y vulnerables que incluyen a los indígenas, prisioneros, personas que viven con el VIH y el SIDA y pacientes con TB resistente a múltiples fármacos.

MALARIA

El número de casos de malaria en Guatemala se estima entre los más altos de América Central aunque son fundamentalmente casos de *P. vivax*. El porcentaje de niños menores de cinco años de edad que duermen bajo un mosquitero en áreas endémicas es tan solo el seis por ciento, el más bajo de la región.

El programa contra la malaria financiado por El Fondo Mundial busca reducir la incidencia de malaria *vivax* en Guatemala al mismo tiempo que busca eliminar gradualmente la malaria *falciparum*. El programa también busca mejorar la efectividad de los sistemas de diagnóstico y tratamiento de la malaria. Una prioridad del programa es mejorar la infraestructura del sistema de salud, incluyendo los recursos humanos y la red de voluntarios en la que depende.

Las actividades de prevención implementadas bajo esta subvención incluyen juegos de mesa para enseñar a los niños sobre la malaria y campañas de información para concienciar a la comunidad sobre los criaderos de malaria en áreas remotas. Las metas de estos programas han sido desarrolladas de acuerdo a los objetivos identificados bajo el Plan de Estrategia Nacional para el control de la malaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Guyana

Población	761,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 1,300
Prevalencia del VIH	2.5%
Número estimado de casos de VIH	13,000
Incidencia de TB	898
Número estimado de casos de TB	1,004
Número estimado de casos de malaria	58,003
Número estimado de muertes por malaria	76

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	6
Valor total de la propuesta	US\$ 53,051,859
Cantidad desembolsada	US\$ 16,496,203
HIV/AIDS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 45,178,499
Cantidad desembolsada	US\$ 13,330,564
TUBERCULOSIS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 3,952,886
Cantidad desembolsada	US\$ 806,487
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 3,920,474
Cantidad desembolsada	US\$ 2,359,152

RECEPTOR PRINCIPAL

Ministerio de Salud de Guyana

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Emerging Markets Group

Guyana es una nación de 761.000 habitantes ubicada en la parte noreste de América del Sur y que comparte fronteras con Venezuela, Surinam y Brasil. Su población es étnicamente diversa, con un 48 por ciento originarios de la India del este, 6 por ciento amerindios y 27 por ciento de ascendencia africana. Aunque se estima que el PNB ha incrementado en los últimos años, el 36 por ciento de la población continúa viviendo en la pobreza. La clasificación de los sectores más pobres indican que son los amerindios con un 78 por ciento el grupo más pobre. El 90 por ciento de la población vive en áreas costeras que representan solamente un 15 por ciento del territorio nacional. El restante 85 por ciento del país está cubierto por la selva tropical y está escasamente poblado. El llegar a todas las poblaciones del país representa un reto adicional para el gobierno de Guyana y en particular para el Ministerio de Salud.



VIH/SIDA

El VIH/SIDA en Guyana es una de las principales causas de mortalidad entre personas de 25 a 44 años de edad. La transmisión heterosexual es responsable del 97 por ciento de nuevos casos. La epidemia ejerce un impacto negativo en el desarrollo socioeconómico del país ya que afecta directamente a la población en edad de trabajar.

Guyana cuenta con una subvención de VIH/SIDA otorgada por El Fondo Mundial gestionada por el Ministerio de Salud que apoya la expansión de acciones multisectoriales bosquejadas en el Plan Nacional de Estrategia para combatir el VIH/SIDA. El programa busca reducir la propagación del VIH además de la morbilidad y mortalidad relacionada al SIDA, y a mitigar el impacto social y económico de la epidemia. Actividades financiadas incluyen la provisión de tratamiento antirretroviral y APV, apoyo de servicios a huérfanos y niños vulnerables, y la distribución de condones por medio de programas de mercadeo social. Los fondos se usan además para proveer tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y cuidado doméstico de personas que viven con el VIH y el SIDA.

TUBERCULOSIS

Guyana tiene la cuarta incidencia más alta de TB en América Latina y el Caribe. Se cree que un 14 por ciento de la población está infectada con la TB y que la tasa de infección anual es del tres por ciento. La coinfección de TB/VIH es alta con un 9,5 por ciento.

El programa financiado por el Fondo Mundial colabora con el Programa Nacional de Control del VIH/SIDA para reducir la morbilidad y la mortalidad asociada con la coinfección de VIH, con el objetivo general de reducir la mortalidad de TB en un 85 por ciento y la morbilidad en un 10 por ciento. Las actividades se centran en reducir la tasa de incidencia de TB entre prisioneros de los cinco centros de detención más grandes del país por medio de servicios de APV y entrenando a trabajadores de la salud en la estrategia de DOTS. Fondos de la subvención se usan además para disminuir la transmisión de TB al expandir la cobertura de DOTS en las ocho regiones con la carga más alta y que cuentan con el menor acceso a servicios de TB.

MALARIA

La malaria es endémica en Guyana con un 68 por ciento de casos reportados en la selva amazónica donde reside un alto porcentaje de la población de amerindios guyaneses. Estas comunidades están marginadas y tienen poco o ningún acceso a servicios de salud pública. La incidencia de *P. falciparum* en la región del Amazonas es del 74 por ciento. La zona de alta malaria limita con Brasil y es un lugar de convergencia de poblaciones móviles que trabajan en la industria minera y maderera.

Guyana cuenta con dos subvenciones contra la malaria del Fondo Mundial. El primero financia un programa que busca reducir la morbilidad y la mortalidad de malaria en áreas con la incidencia más alta. Las estrategias usadas en el programa incluyen la descentralización de actividades para mejorar el acceso de diagnóstico y tratamiento en comunidades en riesgo. Actividades de prevención financiadas por la subvención incluyen la distribución de mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración (MILD), la distribución de folletos de información sobre la malaria, la creación de consejos de malaria en comunidades en riesgo y programas de pulverización en interiores con efectos remanentes.

Fondos de la subvención han sido además utilizados para el pronto y eficaz tratamiento del *P. vivax* y para combatir la malaria *falciparum* con terapia combinada con artemisina.

La segunda subvención apoya la continuación y expansión de actividades que se iniciaron bajo el primer programa financiado por El Fondo Mundial en una tercera región. Actividades adicionales incluyen medidas de control de vectores tales como la reducción de criaderos de mosquitos, fortalecimiento de vigilancia y entrenamiento del personal de salud. El programa trabaja además para promover la colaboración entre los sistemas de salud y comités comunales de áreas en riesgo.

Haití

Población	9,600,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 560
Prevalencia del VIH	2.2%
Número estimado de casos de VIH	120,000
Incidencia de TB	29,333
Número estimado de casos de TB	35,099
Número estimado de casos de malaria	164,590
Número estimado de muertes por malaria	741

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	7
Valor total de la propuesta	US\$ 246,623,970
Cantidad desembolsada	US\$ 142,938,788
VIH/SIDA	4
Valor total de la propuesta	US\$ 184,755,291
Cantidad desembolsada	US\$ 117,105,315
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 14,034,665
Cantidad desembolsada	US\$ 13,201,730
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 47,834,014
Cantidad desembolsada	US\$ 12,631,744

Ubicado en la isla caribeña de La Española, Haití es la nación menos desarrollada en las Américas. Ocupa el lugar 148, entre 179 países, en el Índice de Desarrollo Humano, aproximadamente el 80 por ciento de sus nueve millones de habitantes viven en la pobreza y 37 por ciento de ellos son analfabetas. Menos de la mitad de la población tiene acceso a cuidados médicos y la expectativa de vida al nacer es la más baja del hemisferio con 54 años para las mujeres y 52 años para los hombres. El gobierno se ha comprometido a fortalecer el sector de la salud a través del Plan Nacional Estratégico 2005-2010 para la Reforma del Sistema de Asistencia Sanitaria.

RECEPTOR PRINCIPAL

Fondation SOGEBANK

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

KPMG



VIH/SIDA

El VIH/SIDA en Haití comenzó como una epidemia entre el grupo de HSH y pacientes infectados a través de transfusiones sanguíneas. Desde entonces la epidemia se ha generalizado y afecta ahora el 4.5 por ciento de la población y es la causa principal de muertes certificadas entre adolescentes y personas jóvenes. La incidencia del VIH/SIDA es más alta en áreas urbanas aun cuando existe la tendencia de que la epidemia se esparza a áreas rurales. Existe además una feminización de la epidemia de VIH/SIDA en Haití con 115 mujeres infectadas por cada 110 hombres.

En el 2002 Haití se convirtió en el primer receptor de una subvención del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe. La exitosa propuesta se dividió en dos programas gestionados por la PNUD y la Fondation Sogebank respectivamente. Estos financian la prevención integral, programas de mitigación del impacto y de tratamiento en servicios comunitarios. Actividades financiadas incluyen la distribución de condones, APV para grupos en riesgo, campañas de cambio de comportamiento, tratamiento anti-retroviral y monitoreo de adherencia al tratamiento.

Dos subvenciones subsecuentes, ambas gestionadas por la Fondation Sogebank, buscan expandir los programas iniciados con la subvención de la primera ronda con la meta general de mejorar la calidad de vida de personas de PVVS. Una de las metas del programa es asegurar que el acceso al tratamiento se extienda más allá de las ciudades principales, y para lograrlo se está brindando entrenamiento en cuatro consejos de la administración al mismo tiempo que se está diseminando a través del sistema de salud estándares revisados sobre el cuidado de pacientes seropositivos. Médicos en el ejercicio privado están siendo inscritos en el programa como parte de los esfuerzos de la subvención.

TUBERCULOSIS

La incidencia de TB en Haití es la más alta de las Américas. La carga es agravada por la aparición de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos. La incidencia de tuberculosis pulmonar de frotis positivo se estima en 180 casos por cada 100.000 personas y 328 entre 100.000 de tuberculosis en todas sus formas (2002). La prevalencia del VIH entre pacientes de TB alcanza un 30 por ciento en áreas urbanas y hasta un 10 por ciento en áreas rurales. Aun cuando el programa nacional de TB ha estado

en funcionamiento desde 1988, no cuenta con el apoyo político y financiero del gobierno. Haití adoptó la estrategia de DOTS en 1997 e implementó guías y normas para el control de la TB en el 2002.

La meta general de la subvención del programa financiado por el Fondo Mundial es de reducir la prevalencia de TB y las tasas de mortalidad al expandir la cobertura de DOTS en el 80 por ciento de la población y controlando el nivel de resistencia de los medicamentos. Actividades financiadas incluyen el establecimiento de colaboración bilateral entre Haití y la República Dominicana (con quien comparte el territorio de la Isla de La Española) y la expansión del número de instalaciones de salud que implementan la estrategia de DOTS. Organizaciones comunitarias están fuertemente involucradas en la implementación del programa.

MALARIA

La malaria ha sido identificada como endémica y es considerada como un problema de salud en Haití. La Fondation Sogebank gestiona el programa financiado por El Fondo Mundial que busca fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y mejorar las medidas de prevención. Poblaciones focales incluye a personas que viven en la pobreza que utilizan los centros de salud del gobierno o de organizaciones sin ánimo de lucro. El programa busca además fortalecer la gestión de casos a niveles comunitarios y gubernamentales para proveer un pronto diagnóstico y tratamiento de la malaria. Otra actividad financiada incluye la distribución de MTI.

Honduras

Población	7,106,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 1,600
Prevalencia del VIH	0.7%
Número estimado de casos de VIH	28,000
Incidencia de TB	4,218
Número estimado de casos de TB	5,048
Número estimado de casos de malaria	33,750
Número estimado de muertes por malaria	6

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	5
Valor total de la propuesta	US\$ 70,420,704
Cantidad desembolsada	US\$ 52,314,403
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 52,439,797
Cantidad desembolsada	US\$ 37,724,314
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 6,597,014
Cantidad desembolsada	US\$ 6,109,673
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 11,383,893
Cantidad desembolsada	US\$ 8,480,415

RECEPTOR PRINCIPAL

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Cooperative Housing Foundation, (CHF Internacional)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Honduras es el segundo país más poblado de América Central con más de 7 millones de habitantes. Los índices de pobreza y desigualdad son uno de los peores del continente con el 50 por ciento de hondureños viviendo en la pobreza. Aproximadamente medio de millón de personas de ascendencia indígena y africana (población garífuna) viven marginados. Los efectos del huracán Match en 1998 fueron y continúan siendo devastadores para los pobladores rurales ya que las pequeñas parcelas agrícolas de las que subsistían fueron casi totalmente destruidas y muchas de ellas aún no se recuperan de los daños.

En años recientes el gobierno hondureño ha aumentado el gasto público en educación aumentando el nivel de escolaridad al 85 por ciento en el 2002. La cobertura del Programa Nacional de Salud ha incrementado también alcanzando niveles de vacunación cerca del 100 por ciento.



VIH/SIDA

Honduras es la nación centroamericana más afectada por la epidemia del VIH/SIDA. Aun cuando sólo representa el 17 por ciento de la población en la región reporta cerca del 60 por ciento de todos los casos. La transmisión sexual es predominante y representa el 85 por ciento de nuevos casos mientras que la transmisión materno infantil representa el seis por ciento. Las mujeres están siendo afectadas de manera singular. Desde 1997 el SIDA ha sido la causa líder de muerte entre mujeres en edad de procrear. Poblaciones vulnerables en Honduras incluye a los garífunas, prisioneros, hombres que tienen relaciones sexuales, y trabajadores sexuales.

En el 2003 el gobierno hondureño adoptó guías nacionales para la terapia antirretroviral la cual se brinda a través del sector público. Los pacientes pagan una módica suma para apoyar la continuidad de suministros de tratamiento. El APV se brinda junto a los servicios básicos de salud.

Bajo el Mecanismo de Continuación de Financiamiento (RCC, por sus siglas en inglés), Honduras se convirtió en el primer país en beneficiarse del nuevo sistema de financiamiento disponible a programas con un buen desempeño permitiéndoles continuar y expandir sus programas existentes. La meta general del programa que fue extendido es de reducir los riesgos de infección de VIH y mantener la prevalencia en menos del uno por ciento. Planes de prevención a gran escala se centran en la población en general además de las poblaciones en riesgo con la expansión de centros de APV y programas de prevención materno infantil. Otras actividades financiadas incluyen la ayuda legal para la promoción y defensa de los derechos humanos de las personas seropositivas.

TUBERCULOSIS

La TB en Honduras es la causa principal de mortalidad de enfermedades infecciosas. La tasa de incidencia se encuentra entre las más altas en América con unos 77 de 100.000 casos y una tasa aún mayor entre poblaciones carcelarias. La coinfección con VIH está avivando la epidemia, se estima que 10 por ciento de todos los pacientes de TB también tienen VIH/SIDA y la resistencia a múltiples fármacos continúa aumentando.⁴ El Programa Nacional de Tuberculosis de Honduras adoptó la estrategia de DOTS en 1998.

La subvención del Fondo Mundial para la lucha contra la TB finalizó en el 2008. Las metas del programa incluyeron el fortalecimiento del programa de DOTS a nivel de gobierno local y a niveles comunitarios por medio de la formación de comités de la Iniciativa Alto a la Tuberculosis y de entrenamiento de poblaciones en riesgo en la estrategia de DOTS.

MALARIA

La malaria es endémica en las áreas selváticas que cubren el noreste de Honduras y sus áreas costeras. La malaria se transmite en el 98 por ciento de los casos por el *P. vivax*.

Honduras ha asegurado la extensión de financiamiento para el programa aprobado en la primera convocatoria de subvenciones a través del RCC. La subvención original aprobada en el 2003 financió el desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación y la distribución de MTI e introdujo un modelo educativo sobre la malaria en las escuelas. Se brindó además apoyo al segundo programa piloto bajo el Plan Estratégico Nacional de Honduras para la Prevención y Control de la Malaria para fomentar la acción comunitaria en el control de vectores.

Jamaica

Población	2,714,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,710
Prevalencia del VIH	1.6%
Número estimado de casos de VIH	27,000
Incidencia de TB	178
Número estimado de casos de TB	195
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	2
Valor total de la propuesta	US\$ 38,538,751
Cantidad desembolsada	US\$ 28,553,504
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 38,538,751
Cantidad desembolsada	US\$ 28,553,504

RECEPTOR PRINCIPAL

El Ministerio de Salud del Gobierno de Jamaica

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Jamaica tiene un número aproximado de 2.6 millones de habitantes, la mitad de la población es joven con edades que oscilan entre los 15 y 19 años de edad. Ubicada en las Antillas Mayores, Jamaica ha demostrado un crecimiento económico modesto a largo plazo lo que le ha permitido mejorar el acceso a la educación, aumentar las expectativas de vida de sus ciudadanos y reducir la pobreza. A pesar de que este crecimiento continúa de manera estable, Jamaica enfrenta serios retos debido a su elevada tasa de deserción escolar, crimen, violencia, desempleo y una deuda externa del 134 por ciento de su PNB.



VIH/SIDA

Con una prevalencia estimada en un 1,3 por ciento de la población general, el VIH/SIDA en Jamaica representa una seria amenaza al desarrollo de la nación. El 90 por ciento de los nuevos casos de VIH ocurren a través de la transmisión sexual. En las poblaciones vulnerables, la prevalencia del VIH es aún mayor: nueve por ciento entre trabajadores sexuales, y del 25 al 30 por ciento entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. A pesar de que la tasa de mortalidad a causa del SIDA y la tasa de transmisión materno infantil son aún muy altas, estas parecen estar disminuyendo. Entre los factores que han contribuido al descenso en la mortalidad materno infantil está un mayor acceso al TAR y una mejor calidad de los servicios de salud.

Datos suministrados por el país sugieren que las niñas entre 10 y 19 años tienen un riesgo de infección del VIH tres veces mayor que los niños de la misma edad. Causas probables que podrían estar relacionadas son: una alta tasa de relaciones sexuales transaccionales, relaciones sexuales con hombres mayores infectados con el VIH y relaciones sexuales sin consentimiento mutuo.⁵ Otros factores de riesgo que propagan la epidemia son un comportamiento sexual precoz y activo, una limitada educación sexual, uso insuficiente del condón, múltiples parejas sexuales y el uso de drogas.

Los dos programas financiados por El Fondo Mundial en Jamaica apoyan la implementación de una política nacional de VIH/SIDA y están administrados por el Ministerio de Salud. El primero se ocupa de aumentar las medidas existentes y ayuda a expandir la respuesta nacional a través de un enfoque multisectorial. Poblaciones focales del programa incluyen las PVVS, los jóvenes y grupos marginados.

Los fondos de la subvención están siendo utilizados para suministrar antirretrovirales a niños y adultos, para promover métodos sexuales seguros (incluyendo la abstinencia) entre grupos vulnerables, e implementar políticas y un marco legislativo para combatir el estigma y la discriminación. Los fondos de la subvención se usan además para entrenar a personal de laboratorios, para desarrollar programas de APV incluyendo el asesoramiento psicológico y consejería sobre la adherencia, y para establecer lugares no tradicionales para la venta de condones dirigida a grupos vulnerables.

El segundo programa financiado por El Fondo Mundial se basa en el Plan de Estrategia Nacional del 2007–2012 que otorga acceso universal a la prevención y tratamiento del VIH, además de servicio de apoyo. El programa que inició su implementación en el 2008 se centra en grupos pobres y vulnerables y busca reducir comportamientos de alto riesgo. Actividades financiadas incluyen el monitoreo y la expansión de TAR, consejería de adherencia, APV, educación sanitaria y sexual en las escuelas, campañas contra la estigma, y políticas operacionales para reafirmar los derechos humanos.

Nicaragua

Población	5,600,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 980
Prevalencia del VIH	0.2%
Número estimado de casos de VIH	7,700
Incidencia de TB	2,731
Número estimado de casos de TB	3,139
Número estimado de casos de malaria	5,821
Número estimado de muertes por malaria	1

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	5
Valor total de la propuesta	US\$ 56,812,588
Cantidad desembolsada	US\$ 19,612,845
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 38,377,300
Cantidad desembolsada	US\$ 9,745,025
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 9,973,467
Cantidad desembolsada	US\$ 2,717,097
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 8,461,821
Cantidad desembolsada	US\$ 7,150,723

RECEPTOR PRINCIPAL

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)

Federación Red NICASALUD

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Instituto Tropical Suizo

Nicaragua es otra nación latinoamericana en una pobre situación económica, el 47 por ciento de la población vive en la pobreza. Como resultado de años de conflicto, de la guerra civil y los desastres naturales, esta nación centroamericana se convirtió en uno de los países más endeudado y económicamente inestables del mundo. El periodo de crecimiento en la década de los noventa fue devastado por el huracán Mitch del que Nicaragua aún no se recupera totalmente. Una reciente ley ha descentralizado los servicios de salud pero existen aún poblaciones con acceso limitado no solo debido a la topografía del país sino también a razones socio-económicas, étnicas y factores de género.



VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en Nicaragua está concentrada en grupos vulnerables. La prevalencia del VIH en la población general es la más baja de América Central con un 0,2 por ciento. La transmisión sexual representa el 86 por ciento de los casos y la transmisión heterosexual representa la mitad de éstos. Algunos de los factores que han contribuido al esparcimiento de la epidemia incluyen altos niveles migratorios y el estigma adjudicado al uso del condón. Desde 1996 ha estado en vigencia una política nacional del SIDA para la promoción, protección y defensa de los derechos humanos.

Nicaragua recientemente completó actividades programáticas para una subvención de VIH de la segunda convocatoria, administrada por la Federación NicaSalud. Uno de sus objetivos es el de fortalecer el programa nacional para la prevención, cuidado y apoyo a través de asociaciones entre el gobierno y la sociedad civil. Otro objetivo es el asegurar que todos los casos de VIH/SIDA sean correctamente documentados y archivados bajo el sistema de vigilancia nacional. Actividades financiadas bajo el programa incluyen la provisión de antirretrovirales, la distribución de condones, diagnóstico y tratamiento de ITS, profilaxis contra

infecciones oportunistas, y actividades de prevención enfocadas a los jóvenes. Una propuesta de VIH de la octava convocatoria se encuentra en negociación.

TUBERCULOSIS

La TB en Nicaragua es endémica con unos 2.500 nuevos casos cada año concentrados en las áreas pobres del país. Los hombres entre 15 y 49 años de edad son los más afectados. El Programa Nacional de TB ha visto una reducción del 50 por ciento en la carga de la enfermedad desde 1984 pero éste logro está amenazado por una alta tasa de deserción de tratamiento.

El programa financiado por El Fondo Mundial, también administrado por la Federación NicaSalud, busca incrementar la detección de casos por baciloscopia para un diagnóstico rápido, incrementar la tasa de cura en DOTS y mejorar la adherencia al tratamiento. Las estrategias del programa incluyen visitas supervisadas a pacientes que abandonan el tratamiento; entrenamiento a personal del gobierno local y líderes comunitarios en la aplicación de DOTS; así como dotar a laboratorios de equipo para la detección de la TB. El programa financia también profilaxis de TB para pacientes con VIH y el tratamiento con DOTS-Plus para la tuberculosis resistente a múltiples fármacos. Una

extensión de esta subvención bajo el Mecanismo de Continuación de Financiamiento (RCC, por sus siglas en inglés) se encuentra en negociación.

MALARIA

La malaria es endémica en 36 municipalidades nicaragüenses las cuales representan el 25 por ciento de la población. Estas comunidades, que sirven de centro a grupos étnicos minoritarios, sufren también de altos niveles de pobreza, condiciones ambientales difíciles como resultado de los desastres naturales, y no cuentan con servicios de asistencia sanitaria. Aunque en los últimos años la mortalidad por la malaria en Nicaragua ha disminuido, las infecciones por *P. falciparum* están aumentando. Un factor clave en la propagación de la epidemia son los movimientos poblacionales internos.

Nicaragua recientemente completó actividades programáticas para la segunda convocatoria de subvenciones. El programa financiado por El Fondo Mundial se centra en las 36 municipalidades en riesgo para reducir la transmisión de la malaria *falciparum*, mejorar el diagnóstico y tratamiento temprano, y para mantener una tasa de mortalidad baja utilizando un enfoque multi-sectorial que hace uso de las estra-

tegias del programa especial de la OMS de lucha contra la malaria, Roll Back Malaria. Estos incluyen control de vectores y el fortalecimiento institucional a través de la contratación y el entrenamiento de personal de salubridad en la aplicación de estándares, capacitación de comisiones sanitarias en la estrategia de RBM, y el suministro de MTI. El programa financia además la adquisición de suministros y reagentes de diagnóstico.

Una subvención de la séptima convocatoria inicia actividades en el 2009. El programa que será financiado por una segunda subvención busca reducir la prevalencia en un 50 por ciento, mantener una baja tasa de mortalidad, y proveer programas de tratamiento y prevención para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años de edad. Entre los objetivos del programa está el fortalecimiento del personal del servicio de salud que no fue cubierto bajo la primera subvención, incluyendo personal de las fuerzas armadas, universidades privadas y en el creciente sector turístico.

Panamá

Población	3,300,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 5,510
Prevalencia del VIH	1.0%
Número estimado de casos de VIH	20,000
Incidencia de TB	1,586
Número estimado de casos de TB	1,493
Número estimado de casos de malaria	5,315
Número estimado de muertes por malaria	1

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 553,817
Cantidad desembolsada	US\$ 553,817
TUBERCULOSIS	1
Valor total de la propuesta	US\$ 553,817
Cantidad desembolsada	US\$ 553,817

RECEPTOR PRINCIPAL

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

TUBERCULOSIS

Entre el 2003 y el 2006 Panamá implementó una subvención de TB a través de la primera convocatoria que se centró en la expansión de DOTS en comunidades indígenas. Con el apoyo del proyecto, la cobertura de DOTS alcanzó el 100 por ciento de las siguientes comunidades: Kuna, Yalam Ngobe, Bugle, Embera-Darién y brindó cuidados médicos de DOTS a 671 pacientes. La subvención concluyó de manera exitosa y una serie de recomendaciones fueron enviadas a las autoridades nacionales.

Panamá, ubicado al extremo sur de América Central tiene una población estimada en 3'300.000 personas. Por su ubicación estratégica es lugar de convergencia de la región con fuertes lazos con América del Sur, el Caribe y el resto de América Central. Panamá tiene una economía vibrante y poblaciones móviles significantes. Aun cuando no existen subvenciones activas en Panamá en estos momentos el país tiene el derecho a solicitar una subvención del Fondo Mundial para la lucha en contra del VIH/SIDA entre grupos vulnerables.



Paraguay

Población	6,127,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 1,670
Prevalencia del VIH	0.6%
Número estimado de casos de VIH	21,000
Incidencia de TB	3,570
Número estimado de casos de TB	4,495
Número estimado de casos de malaria	1,972
Número estimado de muertes por malaria	0

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	4
Valor total de la propuesta	US\$ 16,320,704
Cantidad desembolsada	US\$ 7,438,030
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 9,125,453
Cantidad desembolsada	US\$ 3,471,892
TUBERCULOSIS	2
Valor total de la propuesta	US\$ 7,195,251
Cantidad desembolsada	US\$ 3,966,138

RECEPTOR PRINCIPAL

Alter Vida – Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo

FUNDACION COMUNITARIA CENTRO DE INFORMACION
Y RECURSOS PARA EL DESARROLLO (CIRD)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Paraguay, un país sin salida al mar ubicado en el Cono Sur de América Latina, tiene una población de 6.1 millones de habitantes. El 40 por ciento de la población vive en áreas rurales aportando a una economía nacional agrícola. El ingreso per cápita ha permanecido estancado durante los últimos 20 años con una tasa de pobreza del 38 por ciento. La tasa de analfabetismo entre los grupos indígenas es del 51 por ciento, con grandes disparidades de educación entre grupos étnicos. Solamente el 2,5 por ciento de la población indígena tiene acceso al agua potable, una privación que también afecta a sectores de la población periurbana y rural en algunas áreas del país.



VIH/SIDA

La prevalencia del VIH en Paraguay es del 0,3 por ciento. Entre el 2005 y el 2007 la epidemia creció un alarmante 15 por ciento, afectando mayormente a las personas entre los 20 y 29 años de edad y a los hombres más que a las mujeres, en una proporción de género del 3 por 2. La transmisión sexual es responsable del 80 por ciento de las nuevas infecciones. Aunque la epidemia está concentrada en cascos urbanos, existe el peligro de que esta se esparza a áreas rurales debido al creciente intercambio con poblaciones vulnerables entre Argentina y Brasil.

El programa financiado por El Fondo Mundial busca aumentar la respuesta nacional al VIH/SIDA en seis regiones que incluyen el 65 por ciento de la población. Los objetivos del programa incluyen la ampliación de prevención de VIH y de ITS, el suministro de diagnóstico y tratamiento a HSH, trabajadores sexuales y usuarios de drogas intravenosas, y facilitar el acceso de mujeres embarazadas a programas de tratamiento del VIH/SIDA y de sífilis. Otra prioridad importante de la subvención es favorecer a personas que viven con el VIH y el SIDA para que tengan acceso a tratamiento de infecciones oportunistas y TAR. Fondos gubernamentales cubren el costo del tratamiento antirretroviral mientras que el dinero del Fondo Mundial cubre los medicamentos de segunda línea.

TUBERCULOSIS

La TB es un grave problema de salud pública en el Paraguay, particularmente en áreas marginadas de centros urbanos y en las comunidades indígenas. Aun cuando solo el diez por ciento de la población vive en El Chaco, una zona rural escasamente poblada, la tasa de TB en esa región es de tres a cinco veces mayor que en el resto del país. El gobierno de Paraguay provee medicamento gratis para el DOTS. Otras medidas de salubridad pública han sido implementadas de manera exitosa tales como las pruebas de frotis de esputo en todos los centros públicos de asistencia de salud.

Paraguay tiene dos subvenciones del Fondo Mundial. La primera apoya el entrenamiento de personal del servicio de salud, promotores de salud y líderes comunitarios en la detección y diagnóstico de la TB y en la estrategia DOTS. Además provee microscopios, y algunos equipos de laboratorio, para procesar el frotis del esputo, y distribuye leche y suplementos vitamínicos a pacientes con TB.

El segundo programa financiado por El Fondo Mundial, firmado en 2008, se enfoca en poblaciones indígenas y busca reducir la incidencia de TB, prevalencia y mortalidad tanto entre las comunidades amerindias como entre los usuarios del seguro social. El programa beneficiará a más de 87.000 personas que viven en condiciones de extrema pobreza, y que durante años, han sido víctimas de la marginación y el estigma. Las comunidades indígenas cubiertas bajo el plan incluyen 20 grupos étnicos del Paraguay.

Perú

Población	27,900,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 3,450
Prevalencia del VIH	0.5%
Número estimado de casos de VIH	76,000
Incidencia de TB	35,123
Número estimado de casos de TB	37,922
Número estimado de casos de malaria	221,808
Número estimado de muertes por malaria	128

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	6
Valor total de la propuesta	US\$ 133,178,919
Cantidad desembolsada	US\$ 83,474,060
VIH/SIDA	3
Valor total de la propuesta	US\$ 59,187,624
Cantidad desembolsada	US\$ 45,461,151
TUBERCULOSIS	3
Valor total de la propuesta	US\$ 73,991,295
Cantidad desembolsada	US\$ 38,012,909

RECEPTOR PRINCIPAL

CARE Perú

PARSALUD

Pathfinder International Peru

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

La pobreza es un gran problema en el Perú donde el 39 por ciento de la población vive en la miseria (en áreas rurales la cifra es del 64 por ciento). Los niveles de pobreza son aún más altos en comunidades indígenas donde el 63 por ciento de aquellos que hablan lenguas autóctonas viven en la pobreza comparado con el 32 por ciento de aquellos cuya lengua materna es el castellano.⁶ Uno de cada tres peruanos recibe algún tipo de asistencia social bien sea en forma de comestibles, trabajo temporal o infraestructura comunitaria.



VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en el Perú está concentrada entre grupos de alto riesgo y en áreas urbanas con el 73 por ciento de los casos registrados en dos centros urbanos.

La epidemia afecta principalmente a HSH con una prevalencia del 10,8. El VIH se transmite sexualmente en el 97 por ciento de nuevos casos y la mitad ocurren en menores de 30 años.⁷ En el 2006, el Perú reanudó su respuesta frente a la epidemia de VIH/SIDA y a las ITS con el Plan Estratégico Multisectorial Nacional para el control y la prevención 2007–2011.

El Perú ha recibido tres subvenciones para la lucha contra el VIH/SIDA del Fondo Mundial lo que constituye la segunda inversión más alta de fondos en la región. Las tres subvenciones son administradas por CARE Perú. El primer programa financiado por el Fondo Mundial se centra en suplementar y ampliar la respuesta nacional. Las actividades financiadas incluyen campañas de educación y de comunicación; la extensión, la ampliación y el mejoramiento de la calidad de servicios a PVVS; y el aumento de suministros de TAR.

El segundo programa, que utiliza las bases construidas durante el primer programa, busca fortalecer las actividades gubernamentales para controlar y prevenir las ITS y el VIH en grupos vulnerables y entre la población en general. Fondos adicionales se utilizan para fortalecer organizaciones de PVVS a nivel regional y nacional. Esta estrategia utiliza la educación “entre pares” para fomentar la adherencia al tratamiento. El programa también financia el manejo de infecciones oportunistas incluyendo la TB.

La tercera subvención continúa el financiamiento de intervenciones cubiertas durante los programas anteriores. Actividades adicionales de prevención incluyen la promoción del uso correcto y constante del condón, y la adaptación de servicios de salud para jóvenes con un énfasis particular en trabajadores sexuales y niños explotados.

TUBERCULOSIS

A pesar de que el Perú cuenta con tan sólo el cinco por ciento de la población en América Latina los casos de TB en ese país representan el 25 por ciento del total en la región. La incidencia de TB ha disminuido de manera regular desde la implementación de la estrategia de DOTS en 1992 pero continua siendo un serio problema de salud pública. Los casos de coinfección de TB y VIH representan el 1,3 por ciento de todos los casos reportados.

Dos subvenciones del Fondo Mundial apoyan esfuerzos para controlar la epidemia de TB en el Perú. El primero financia un programa para disminuir la mortalidad, para reducir la tasa de deserción durante el tratamiento inicial, para extender la cobertura de DOTS-Plus y así mejorar el porcentaje de cura de la TB resistente a múltiples fármacos. Actividades financiadas incluyen la capacitación de promotores de TB, crear mecanismos de control participativo como parte del plan de desarrollo y de gobierno de distrito, y la definición e implementación de medidas de prevención, control y de regulaciones de bioseguridad para controlar las infecciones de TB en nueve prisiones del país.

El segundo programa busca fortalecer la respuesta integral a la TB al combinar la prevención y el tratamiento así como incrementar actividades originarias del primer programa. Una nueva estrategia del programa es la creación de Centros de Excelencia para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. El financiamiento incluye actividades tales como la prevención de infección de la TB en hospitales; el cuidado y tratamiento de personas con TB resistente a múltiples fármacos; el fomentar la participación de la sociedad civil y de organizaciones de personas con TB así como también del personal médico; y el apoyo y la rehabilitación social de personas con TB en regiones de alta prioridad.

Surinam

Población	458,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	US\$ 4,730
Prevalencia del VIH	2.4%
Número estimado de casos de VIH	6,800
Incidencia de TB	533
Número estimado de casos de TB	710
Número estimado de casos de malaria	11,605
Número estimado de muertes por malaria	23

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	4
Valor total de la propuesta	US\$ 15,566,234
Cantidad desembolsada	US\$ 11,533,171
VIH/SIDA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 8,587,389
Cantidad desembolsada	US\$ 6,092,554
MALARIA	2
Valor total de la propuesta	US\$ 6,978,845
Cantidad desembolsada	US\$ 5,440,617

RECEPTOR PRINCIPAL

Ministerio de Salud del Gobierno de la República del Surinam

Medische Zending – Asistencia Médica Primaria de Surinam

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Suriname, located in the northeast region of South America, has a high poverty rate estimated to be between 50 to 75 percent of the population. About 90 percent of the 452,000 inhabitants live in urban districts along the coast. Urban areas are marked by high rates of unemployment, unchanged for over a decade. The remaining 30 percent of the population is mostly composed of Maroons and Amerindians living in rural and tribal areas and lacking basic services. The Maroons, (descendants of runaway slaves), make up 90 percent of the population of the interior while the indigenous groups make up the remaining 10 percent.

Suriname has a diverse ethnic mix, including Hindoe-stanen (of Indian descent), Creoles, Javanese, Maroons, Amerindians, Dutch and, most recently, Chinese. The country shares borders with Brazil, Guyana and French Guiana.



VIH/SIDA

El VIH está causando un efecto devastador entre las poblaciones jóvenes de Surinam donde entre el 60 al 80 por ciento de los nuevos casos de VIH ocurren entre el grupo de 15 a 49 años de edad. La epidemia afecta por igual a hombres y mujeres, y es la transmisión sexual el método de propagación más común en todos los nuevos casos de infección de VIH.⁸ Existen además severas epidemias centradas en poblaciones vulnerables con el 24 por ciento de la prevalencia entre trabajadores sexuales y del 20 por ciento entre el grupo de HSH. Hay también una gran disparidad entre grupos étnicos como los Creoles y Maroons quienes son los grupos con más alta incidencia de VIH en el país.

Aun cuando el Programa Nacional del SIDA se estableció en 1998, no fue hasta el 2004 cuando la respuesta al VIH se convirtió en parte de un Plan Estratégico Multisectorial y Nacional en Surinam.

Dos subvenciones del Fondo Mundial apoyan los esfuerzos el Ministerio de Salud para luchar contra el VIH/SIDA, contribuyendo con el 65 por ciento del presupuesto nacional total. La primera subvención financia un programa enfocado al tratamiento mientras que la segunda busca com

plementar esos esfuerzos con un programa que prioriza la prevención.

El primer programa busca reducir la morbilidad relacionada al VIH/SIDA y la mortalidad a través del suministro de TAR y de la prevención de la transmisión materno infantil. Actividades financiadas incluyen el entrenamiento de trabajadores de la salud, además del suministro de equipo para reducir la tasa de contaminación biológica y entrenamiento en seguridad en centros de salud. El programa también promueve prácticas no discriminatorias hacia las PVVS en los lugares de trabajo.

El Segundo programa se enfoca en poblaciones vulnerables, incluyendo comunidades indígenas y Maroon, trabajadores sexuales, jóvenes, prisioneros, mineros y las fuerzas armadas. Actividades financiadas incluyen campañas de comunicación, programas de apoyo, entrenamiento de educadores pares, la promoción del uso del condón masculino y femenino, y una mayor prominencia del currículo de enseñanza de aptitudes para la vida en todos los niños de edad escolar, jóvenes no escolarizados y padres de familia.

MALARIA

La malaria se ha reducido dramáticamente en Surinam donde una vez fue endémica. El número de casos de malaria, pacientes hospitalizados y muertes por malaria han sido reducidos en casi el 80 por ciento. Además, un exitoso programa erradicó la malaria de las zonas costales aun cuando las poblaciones del interior siguen bajo riesgo. El constante flujo entre fronteras avivado por crecientes operaciones en las minas de oro exacerbó un brote de malaria en el 2003. Surinam controla el problema de malaria en sus fronteras en conjunto con Brasil, la Guayana Francesa y Guyana.

Surinam tiene dos subvenciones de malaria. El primer programa financiado por El Fondo Mundial busca la reducción de la transmisión de malaria en poblaciones del interior. El Receptor Principal trabaja con comunidades locales para crear una red de clínicas y trabajadores de la salud para luchar contra la propagación de la malaria. Actividades de prevención incluyen la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración que fueron rediseñados con las sugerencias de comunidades locales para cumplir con las demandas de las poblaciones. La segunda subvención, recién firmada, se centrará en continuar el trabajo del primer programa para intensificar los esfuerzos de eliminación de la malaria entre estas poblaciones.



Multinacional Américas (ANDINA)

Población	114,800,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	272,000
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	87,017
Número estimado de casos de malaria	780,138
Número estimado de muertes por malaria	657

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 25,369,116
Cantidad desembolsada	US\$ 19,121,134
MALARIA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 25,369,116
Cantidad desembolsada	US\$ 19,121,134

RECEPTOR PRINCIPAL

Organismo Andino de Salud – Conevito Hipólito Unanue

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela tienen una población combinada total de unos 114,8 millones de habitantes y comparten una alta tasa de incidencia de malaria en comunidades situadas a lo largo de sus fronteras. Los cuatro países suramericanos son beneficiarios de una subvención conjunta del Fondo Mundial en la región andina. Cada país difiere en tamaño, población, e ingreso nacional bruto sin embargo todos están caracterizados por una tasa similar de desempleo, y amplias diferencias entre ingreso y riqueza, comparten fronteras en áreas remotas con poco o ningún acceso médico, y una creciente población móvil.

MALARIA

La malaria es endémica en los países de América del Sur que comparten la selva tropical del Amazonas. Después de un exitoso programa de erradicación en la década de los 70, Venezuela ha visto el regreso de la malaria en zonas pobres debido al aumento de movimiento poblacional en sus fronteras, y a la migración de áreas rurales hacia áreas urbanas. En Colombia, otro de los países beneficiados por la subvención, solo el 31 por ciento de la población en zonas endémicas de malaria cuentan con mosquiteros de los cuales solo el dos por ciento han sido tratados con insecticida. A pesar de que la incidencia de *P. falciparum* en las áreas de objetivo disminuyeron entre 1994 y el 2003 se han hecho cambios en las políticas nacionales para incluir la terapia combinada con artemisina y a la resistencia a fármacos.

La subvención regional del Fondo Mundial administrada por el Organismo Andino de Salud busca reducir la malaria en áreas de los cuatro países que representan solo el seis por ciento de la población pero aportan el 22 por ciento de los casos de malaria en la región. La falta de servicios, las áreas remotas y las pobres condiciones de vivienda definen estas áreas. El programa financiado por la subvención busca disminuir la incidencia y mortalidad de la malaria y fortalecer el control de vectores. Una meta adicional es crear un sistema sostenible y comunitario de diagnóstico, tratamiento, información y control de actividades de malaria en las áreas fronterizas de intercambio en los cuatro países.

Actividades financiadas incluyen la distribución de MILD a poblaciones en riesgo, entrenamiento de personal del cuidado de salud en técnicas de diagnóstico directo tal como el de sangre en portaobjeto, métodos de diagnóstico rápido y administración del tratamiento completo; el uso de microscopios en puestos de salud; e investigación esencial de salud orientada hacia la priorización y resolución de problemas de salud en áreas del proyecto.

Multinacional Américas (CARICOM)

Población	26,113,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	N/A
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	45,669
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 12,046,368
Cantidad desembolsada	US\$ 10,904,710
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 12,046,368
Cantidad desembolsada	US\$ 10,904,710

RECEPTOR PRINCIPAL

La Comunidad del Caribe, CARICOM

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Emerging Markets Group

La Comunidad del Caribe, (CARICOM) es una organización que busca mejorar el nivel de vida, el nivel comercial y el laboral de las 15 naciones miembros. CARICOM sirve como Receptor Principal para una subvención multinacional que incluye a 16 países en la región, Antigua y Barbuda, las Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, y Trinidad y Tobago.

VIH/SIDA

El impacto del VIH/SIDA es especialmente agobiante para las pequeñas islas del Caribe; estudios indican que países tales como Jamaica y Trinidad y Tobago, con prevalencias de menos del uno y más del seis por ciento respectivamente, podrían ver disminuir su producto nacional bruto entre el cuatro y el seis por ciento como resultado de la epidemia de VIH/SIDA.⁹

Con la excepción de Bermuda, donde un número significativo de nuevos casos son atribuidos a usuarios de drogas intravenosas¹⁰ la transmisión sexual continúa siendo la causa principal de nuevas infecciones en el Caribe. Entre trabajadores sexuales, la tasa varía entre el 3,5 por ciento en la República Dominicana y el 31 por ciento en Guyana.¹¹ En Trinidad y Tobago existe una prevalencia del 20 por ciento entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, de los que un 25 por ciento admite que también tiene relaciones sexuales regulares con mujeres.¹² Los prisioneros son también un grupo vulnerable en el Caribe con una prevalencia de hasta el cinco por ciento en algunos de los países orientales del Caribe y en Belice.¹³

La subvención de VIH del Fondo Mundial en las 16 naciones caribeñas es administrada, bajo la supervisión de CARICOM, por la Asociación Pan-caribeña contra el VIH/SIDA. La meta del programa es establecer, consolidar y coordinar el apoyo regional para reducir el impacto del VIH/SIDA en el desarrollo económico y humano de la región del Caribe en el contexto de poblaciones altamente móviles. El programa se centra en tres componentes: derechos humanos, prevención y cuidado, y apoyo. Las actividades financiadas incluyen la distribución de condones en lugares de venta poco tradicionales, programas de difusión periféricos, entrenamiento de personal en los estándares de cuidado, y la creación de centros de capacitación regional del VIH/SIDA.





Multinacional Américas (CRN+)

Población	25,127,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	N/A
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	45,347
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 3,662,376
Cantidad desembolsada	US\$ 2,577,894
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 3,662,376
Cantidad desembolsada	US\$ 2,577,894

RECEPTOR PRINCIPAL

La Red Regional del Caribe de Personas que Viven con VIH/SIDA (CRN+)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Emerging Markets Group

La Red Regional del Caribe de Personas que Viven con VIH/SIDA (CRN+), con sede en Trinidad y Tobago ha venido operando en la región desde 1996. Su meta es mejorar la calidad de vida de las PVVS. La organización sirve además como Receptor Principal de una subvención del Fondo Mundial contra el VIH/SIDA en 11 naciones del Caribe: Antigua y Barbuda, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, la República Dominicana, Surinam, y Trinidad y Tobago.

VIH/SIDA

El Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH/SIDA después del África Subsahariana con una prevalencia de VIH del 2,4 por ciento. Las tasas de prevalencia difieren ampliamente entre los 11 países que participan en la subvención, desde un 0.2 por ciento en Dominica hasta un 6.1 por ciento en Haití. Guyana, Haití, Jamaica y la República Dominicana tienen epidemias generalizadas con tasas de prevalencia de VIH de más del uno por ciento en mujeres que asisten a clínicas prenatales. Trinidad y Tobago tiene una epidemia concentrada de más del cinco por ciento de prevalencia entre poblaciones vulnerables.

La subvención del Fondo Mundial busca mejorar el acceso a tratamiento, cuidado, asesoría, monitoreo y ayuda a PVVS. Actividades financiadas incluyen programas de apoyo entre pares para sostener la creciente participación de personas que viven con el VIH y el SIDA en el monitoreo y el mejoramiento de cuidado, en la prevención de reinfección y coinfección, y el monitoreo del acceso a tratamiento.

Multinacional Américas (MESO)

Población	41,000,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	163,000
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	25,150
Número estimado de casos de malaria	197,489
Número estimado de muertes por malaria	20

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 4,008,581
Cantidad desembolsada	US\$ 3,175,231
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 4,008,581
Cantidad desembolsada	US\$ 3,175,231

RECEPTOR PRINCIPAL

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

PricewaterhouseCoopers

La región mesoamericana, Meso, es un territorio económico designado compuesto de nueve estados del sureste de México y siete países de América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

El movimiento transfronterizo de personas en busca de mejores oportunidades de trabajo en Estados Unidos resulta en altos números de personas desplazadas ya que muchos de los potenciales inmigrantes no llegan a su destino y terminan viviendo en países vecinos. Una subvención regional y multinacional aprobada por el Fondo Mundial permite intervenciones a favor de estas poblaciones en los siete países centroamericanos.

VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA en la región está concentrada generalmente en poblaciones en alto riesgo, incluidos prisioneros e indígenas. En casos como el de Honduras, la epidemia está también presente en grupos vulnerables como los niños que viven en la calle y las fuerzas de seguridad. La prevalencia de VIH en la región es del 2 por ciento en Belice, seguida por Honduras con el 1,6 por ciento, Panamá con el 1,5 por ciento y Guatemala con el 1 por ciento. Las proyecciones indican que de continuar esta tendencia, la epidemia podría llegar a niveles de prevalencia cercanos al dos por ciento en Guatemala, Panamá y El Salvador en el 2010.

El programa financiado por el Fondo Mundial contra el VIH/SIDA en mesoamérica se centra en poblaciones móviles a través de los países que cubre la subvención. Estas poblaciones son vulnerables al VIH no solamente en sus países de origen pero también en los países a los que viajan. A pesar de que todos los planes estratégicos nacionales para el VIH/SIDA consideran a las poblaciones móviles como un grupo vulnerable importante, sus necesidades representan una carga adicional para los estados huésped.

La meta del programa es crear y fortalecer alianzas multisectoriales estratégicas a niveles locales, nacionales y regionales para disminuir la vulnerabilidad de poblaciones móviles a la infección de VIH, y crear una mejor calidad de vida para las PWVS en la región. Actividades financiadas se enfocan en “zonas de tránsito” creadas para brindar información, entrenamiento y consejería sobre VIH y prevención de enfermedades de transmisión sexual a poblaciones móviles. Los fondos facilitan el entrenamiento de proveedores de vigilancia de primera, segunda y tercera generación así como también programas de divulgación periférica para trabajadores sexuales, entre otros grupos en riesgo.





Multinacional Américas (OECS)

Población	600,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	N/A
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	109
Número estimado de casos de malaria	N/A
Número estimado de muertes por malaria	N/A

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 8,898,774
Cantidad desembolsada	US\$ 6,359,435
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 8,898,774
Cantidad desembolsada	US\$ 6,359,435

RECEPTOR PRINCIPAL

Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Emerging Markets Group

La Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS por su siglas en inglés) cuenta con nueve miembros: tres territorios de ultramar de Gran Bretaña y seis islas estados. Debido a su proximidad y al tamaño de algunas de las islas, las naciones de la OECS comparten rasgos culturales, económicos y sociales. Un alto intercambio poblacional de personas en busca de actividades recreativas y oportunidades educativas y laborales son características de la región. El secretariado de la OECS sirve como Receptor Principal para una subvención de VIH y SIDA que cubre las seis islas-estados de Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Dominica y Granada.

VIH/SIDA

En la región de la OECS, donde hay unos 609.000 habitantes existen más de 5.000 personas que viven con el VIH y el SIDA. La lucha en contra de la enfermedad es crítica al crecimiento económico y al desarrollo humano de la subregión ya que la economía de pequeños países es particularmente susceptible al impacto de la epidemia.

En Dominica, el VIH afecta mayormente a personas entre los 25 y los 54 años de edad. El país, que de por sí tiene limitados recursos financieros y humanos, enfrenta una disminución en su capacidad productiva lo que añade un estrés adicional a la economía y a la estructura de salud pública del país. En San Vicente y las Granadinas la epidemia amenaza el desarrollo de futuras generaciones, se estima que la mitad de nuevos casos ocurren entre jóvenes menores de 25 años de edad.¹⁴ En el 2002, el gobierno de Saint Kitts y Nevis concluyó que las islas estaban en transición de una epidemia concentrada a una generalizada y que la epidemia podría ser aún mayor ya que debido a la estigma y la discriminación muchos casos no se notifican. Santa Lucía tiene la prevalencia de VIH más baja de la OECS pero la feminización de la epidemia ha significado una más

alta mortalidad entre mujeres que entre hombres.¹⁵ Una feminización de la epidemia se desarrolla también en Granada donde existe un impacto desproporcionado del VIH/SIDA entre mujeres entre los 15 y 24 años de edad.¹⁶

El programa financiado por El Fondo Mundial busca brindar acceso a tratamiento y cuidados acordes a los protocolos nacionales a las personas que viven con el VIH y el SIDA, busca además el control de la propagación del VIH y mitigar el impacto del SIDA en el desarrollo de la región. Las actividades financiadas incluyen la provisión de centros de APV; entrenamiento de personal de salubridad en el cuidado primario del VIH/SIDA; suministro de condones a centros de salud; y campañas de concientización. Los fondos se han utilizado en los tres países para incorporar protocolos de seguimiento en los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, y para reducir de manera importante el costo de terapia antirretroviral de primera línea.

Multinacional Américas (REDCA+)

Población	22,900,000
Producto nacional bruto per cápita (2007)	N/A
Prevalencia del VIH	N/A
Número estimado de casos de VIH	90,700
Incidencia de TB	N/A
Número estimado de casos de TB	12,964
Número estimado de casos de malaria	44,972
Número estimado de muertes por malaria	9

RESUMEN DE SUBVENCIONES

NÚMERO DE SUBVENCIONES	1
Valor total de la propuesta	US\$ 1,722,700
Cantidad desembolsada	US\$ 798,753
VIH/SIDA	1
Valor total de la propuesta	US\$ 1,722,700
Cantidad desembolsada	US\$ 798,753

RECEPTOR PRINCIPAL

Sistema de la Integración Centroamericano (SICA)

Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA)

AGENTE LOCAL DEL FONDO

Instituto Tropical Suizo

REDCA+ es la Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA y que opera en siete de los países de mesoamérica. Cuatro de estos países con una población estimada en 23 millones de personas, participan en la subvención regional de REDCA+. Los países participantes son: El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá los cuales cuentan con niveles parecidos de analfabetismo, pobreza, fuentes de ingresos limitadas y poblaciones móviles.

VIH/SIDA

Los cuatro países focalizados por esta subvención cuentan con la prevalencia más alta de VIH/SIDA en América. Aun cuando la epidemia continúa concentrada en poblaciones en riesgo, se está generalizando en algunos países debido al incremento del patrón de migración regional. En 2006, los programas nacionales contra el SIDA de las cuatro naciones reportaron un total combinado de 49.143 casos de VIH/SIDA.

Aunque El Salvador, Honduras y Nicaragua son beneficiarios de subvenciones del Fondo Mundial el acuerdo de REDCA+ recientemente finalizado busca específicamente mejorar la vida de las personas que viven con VIH y el SIDA.

Una de las metas del programa incluye producir un perfil socio-demográfico de las PVVS en la región para mejorar el diseño de estrategias de intervención, y para permitir a las PVVS que participen activamente del cuidado de su salud y en la defensa de sus derechos humanos. Actividades financiadas incluyen el apoyo de actividades de asesoría y entrenamiento de personas que viven con el VIH y el SIDA para atención primaria y secundaria de salud, y cuidados paliativos en un ámbito doméstico.



Proceso de Subvenciones del Fondo Mundial

DE LA ADVERSIDAD A LA PROPUESTA

El Fondo Mundial adjudica subvenciones a través de un sistema basado en rondas. Por lo general una vez al año, o alrededor del primero de marzo, se hace un llamado a una Convocatoria con fecha de cierre posterior de tres meses. Hasta la fecha El Fondo Mundial ha emitido nueve Convocatorias (usualmente llamadas Rondas), la novena Ronda concluyó el primero de junio de 2009.

Uno de los preceptos más importantes del Fondo Mundial es el concepto de propiedad nacional. En otras palabras, el rol del Fondo Mundial es apoyar a cada país para que este determine sus prioridades, estrategias y acciones a seguir. Por esta razón, el Fondo Mundial trabaja únicamente a nivel nacional, en lugar de asociarse directamente con caridades individuales, organizaciones o agencias.

En cada país El Fondo Mundial trabaja con un asociado nacional conocido como el Mecanismo de Coordinación del País (MCP). El Mecanismo de Coordinación del País es una reunión de todas las partes interesadas que incluye representantes de todos los sectores involucrados en la lucha contra las tres enfermedades, el gobierno, fundaciones, agencias bilaterales y multilaterales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas, el sector académico, el sector privado y demás. El Mecanismo de Coordinación del País debe además incluir un representante de las comunidades que viven con, o son afectados por, las tres enfermedades.

Este grupo asume la responsabilidad de enviar una propuesta nacional en la lucha contra una, o más, de las tres enfermedades al Fondo Mundial. La guía de propuestas incluye estipulaciones para que el Mecanismo de Coordinación del País demuestre y documente que el proceso de creación de la propuesta

presentada fue abierta, clara e inclusiva, y que se solicitaron propuestas de todas las organizaciones interesadas en incorporarse a la lucha contra las enfermedades.

Esta es la oportunidad para todas las organizaciones, desde las pequeñas asociaciones de servicio comunitario hasta las grandes funciones ministeriales, de enviar sus proyectos, sugerencias y requerimientos al Mecanismo de Coordinación del País para su inclusión en la propuesta general. Cada Mecanismo de Coordinación del País es responsable por determinar su propio proceso de desarrollo de propuesta, un proceso enteramente independiente del Fondo Mundial. Sin embargo, la información detallada de los miembros y de todos los Mecanismos de Coordinación de Países se encuentran en el sitio de Internet del Fondo Mundial.

El proceso de subvenciones demanda que las propuestas respalden los planes y prioridades nacionales para la prevención y tratamiento de las enfermedades y que llenen vacíos existentes en el financiamiento oficial.

El Fondo Mundial revisa la elegibilidad de todas las propuestas, y envía aquellas que cumplen con los requisitos, a un Panel de Revisión Técnica, el cual es un grupo representativo, independiente e internacional que revisa todas las solicitudes y hace recomendaciones a la Junta Directiva del Fondo Mundial basado en la calidad técnica. Aparte de un alto estándar de calidad técnica y científica, el Fondo Mundial no impone ninguna otra condición a sus propuestas. La Junta Directiva tiene la última palabra en la aprobación de todas las subvenciones.

Una vez aprobadas, las subvenciones se otorgan, en principio, por cinco años aunque sólo se aprueba por adelantado el financiamiento de los dos años iniciales. Se permiten otros desembolsos si existe tal petición

y basados en la demostración de resultados fructíferos frente a los objetivos establecidos. A este proceso se le llama “financiamiento basado en el desempeño”.

DE LA PROPUESTA A LA IMPLEMENTACIÓN

Después de la aprobación de la Junta Directiva, se gestiona un acuerdo de subvención. Este acuerdo de subvención incluye indicadores específicos que se basan en el contexto de país y de la enfermedad frente a objetivos mensurables de cada indicador.

El Receptor Principal es una organización seleccionada por el Mecanismo de Coordinación del País que acepta la responsabilidad financiera, legal y programática para una próspera implementación de la subvención, sin embargo el Mecanismo de Coordinación del País es el responsable de supervisar este proceso. El Receptor Principal puede ser cualquier tipo de organización, e investigaciones han demostrado que los “implementadores” de la sociedad civil son tan efectivos como los “implementadores” del sector público. El Fondo Mundial, a través del mecanismo conocido como “financiamiento de doble vía” invita a que los países nominen por lo menos dos Receptores Principales por cada subvención, uno del sector gubernamental y otro fuera del sector público.

Aparte de implementar sus propios programas, el Receptor Principal dispone de fondos para desembolsar a otras organizaciones conocidas como subreceptores que implementan aspectos del programa que estén dentro de su campo de pericia. Cada petición de financiamiento enviada por el Receptor Principal es verificada independientemente por un asesor dentro del país conocido como Agente Local del Fondo. Su papel es el de mensurar el progreso y analizar los reportes financieros que presente el Receptor Principal. Antes de desembolsar nuevos fondos, El Fondo Mundial se asegura de que se hayan gastado en su totalidad

reembolsos anteriores (en gastos que hayan sido previamente acordados) y que los resultados correspondan a los objetivos concertados en el acuerdo de subvención.

En otras palabras, el financiamiento inicial se basa en el mérito científico y técnico, pero el financiamiento posterior se hace disponible únicamente tras la comprobación y documentación de resultados en el país. Después de los dos años iniciales y dependiendo de sus resultados, las subvenciones se aprueban por tres años adicionales (a este proceso se le refiere como financiamiento de la Fase 2). Al final de los cinco años iniciales de la subvención se invita a los programas, que han logrado buenos resultados, para que soliciten un financiamiento adicional bajo el Mecanismo de Continuación de Financiamiento (RCC, por sus siglas en inglés). Este programa está diseñado para permitir que programas con un buen rendimiento continúen y aumenten sus actividades durante seis años adicionales. Por lo tanto, subvenciones con un buen desempeño pueden tener un financiamiento de hasta 11 años en total.

En contraste a las organizaciones que tradicionalmente adjudican subvenciones, El Fondo Mundial no tiene una cantidad específica que otorgue entre los candidatos escogidos. Al contrario, una vez que las propuestas presentadas han sido evaluadas todas aquellas que sean recomendadas son financiadas hasta el límite de fondos totales disponibles.

Para información más detallada sobre el proceso de subvenciones del Fondo Mundial, visite el sitio de Internet www.theglobalfund.org

Fuentes

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA RESEÑA DE PAÍSES

Todas las cifras relacionadas con montos de subvenciones hasta el 30 de junio de 2009. Se refiere a todas las cifras de las propuestas aprobadas por la Junta Directiva e incorpora los ajustes resultantes de las clarificaciones del Panel de Revisión Técnica y/o de las negociaciones de las subvenciones. Nota en relación al financiamiento aprobado para la Ronda 8: todas las propuestas recomendadas para la Ronda 8 han sido en principio aprobadas por la Junta Directiva. No obstante, los fondos para algunas de estas propuestas sólo serán remitidos a la Junta Directiva para aprobación en tanto los fondos se encuentren disponibles, de acuerdo a la Política de Financiamiento Integral. Además, la Junta Directiva ha aprobado un tope límite de US\$ 2.75 billones para los dos años iniciales de financiamiento de la Ronda 8 para toda la cartera de subvenciones. El Secretariado del Fondo Mundial trabajará con los países para encontrar eficiencias en todas las propuestas de la Ronda 8 y hacer que el total de fondos aprobados para la Ronda 8 esté a este nivel o por debajo de él. **Población** UN World population policies 2007 **Producto nacional bruto per cápita** Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial, base de datos del 2007 **Prevalencia del VIH** UNAIDS Report 2008 on the global AIDS epidemic, datos del 2007 **Número estimado de casos de VIH** UNAIDS Report 2008 on the global AIDS epidemic, datos del 2007 **Incidencia de TB** WHO Report 2008 Global TB Control, datos del 2006 **Número estimado de casos de TB** WHO Report 2008 Global TB Control, datos del 2006 **Número estimado de muertes por malaria** WHO World Malaria Report 2008, datos del 2006 **Número estimado de casos de malaria** WHO World Malaria Report 2008 datos del 2006.

CRÉDITOS DE LAS FOTOGRAFÍAS

Portada Bolivia © El Fondo Mundial / Boris Heger **Página 2** Cuba © The Global Fund / John Rae **Página 4** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae **Página 8** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae **Página 12-13** Cuba © El Fondo Mundial / John Rae **Página 14** Argentina **Página 16-17** Bolivia © El Fondo Mundial / Jamie Rose **Página 19** Cuba © El Fondo Mundial / John Rae **Página 20-21** Guatemala © El Fondo Mundial / John Rae **Página 22-23** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae **Página 25** Perú © El Fondo Mundial / John Rae **Página 26-27** Perú © El Fondo Mundial / John Rae **Página 29** Argentina © Stephen St. John / Getty Images **Página 30** Belice © Neil Cooper / Panos Pictures **Página 33** Bolivia © El Fondo Mundial / Jamie Rose **Página 35** Brasil © Eduardo Martino / Panos Pictures **Página 37** Chile © Stefan Boness / Panos Pictures **Página 39** Colombia © Paul Smith / Panos Pictures **Página 41** Costa Rica © Dieter Telemans / Panos Pictures **Página 43** Cuba © El Fondo Mundial / John Rae **Página 45** República Dominicana © Philip Wolmuth / Panos Pictures **Página 47** Ecuador © Jeremy Horner / Panos Pictures **Página 49** El Salvador © Piet den Blanken / Panos Pictures **Página 51** Guatemala © El Fondo Mundial / John Rae **Página 53** Guyana © David Dahmen / Panos Pictures **Página 55** Haití © Jacob Silberberg / Panos Pictures **Página 57** Honduras © El Fondo Mundial / John Rae **Página 59** Jamaica © El Fondo Mundial / John Rae **Página 61** Nicaragua © The Global Fund / John Rae **Página 63** Panamá © Connie Coleman / Getty Images **Página 65** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae **Página 67** Perú © The Global Fund / John Rae **Página 69** Surinam © Frans Lemmens / Getty Images **Página 70** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae **Página 73** Cuba © El Fondo Mundial / John Rae **Página 74** Honduras © El Fondo Mundial / John Rae **Página 77** Honduras © El Fondo Mundial / John Rae **Página 78** Cuba © El Fondo Mundial / John Rae **Página 81** Paraguay © El Fondo Mundial / John Rae

NOTAS

1 Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) **2** US National Library of Medicine and the National Institute of Health **3** US Department of State, Country Report on Human Rights 2005 **4** USAID **5** UNAIDS Country Report **6** Instituto Nacional de Estadística e Informática, La pobreza en el Perú en el año 2007 **7** Análisis de la situación epidemiológica en el Perú. Dirección General de Epidemiología. MINSA. Noviembre del 2006 **8** Datos de reporte de país UNAIDS. **9** University of the West Indies (UWI) Health Economic Unit and the Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) **10** CAREC, 2007 **11** Gupta et al., 2006; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005b; PAHO, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006. **12** Lee et al., 2006. **13** Ministerio de Salud de Belice, 2005. **14** Miembro de OECS reporte, The United Nations General Assembly Special Session on VIH/SIDA **15** Reporte de la OAS a la Comisión Interamericana de la Mujer **16** Programa de Asociación del Banco Mundial y Holanda.

RECONOCIMIENTOS

Este reporte fue escrito por Laila Rodríguez en colaboración con los miembros de la unidad de América Latina y el Caribe bajo la dirección de Lelio Marmora, incluyendo a José Castillo Barrera, Cecile Collas, Matías Gómez, Luca Occhini, and Pilar Velásquez.

El equipo de producción incluyó a Katharine Anderson, Beatrice Bernescut, Cheryl Toksoz, Rosie Vanek y Michèle Young.

Diseñado por ahoystudios.com

Para más información sobre El Fondo Mundial y subvenciones específicas de un país, visite el sitio de Internet del Fondo Mundial, www.theglobalfund.org

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las designaciones geográficas empleadas en esta publicación no representan ni implican ninguna opinión o juzgamiento por parte del Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria sobre el estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área, sobre sus autoridades gubernamentales o autoridades estatales, o sobre la delimitación de sus fronteras y límites.

La mención específica de compañías o de productos de ciertas empresas no implica que El Fondo Mundial los promocióne o los recomiende sobre productos similares que no sean mencionados.

La inclusión de personas en las fotografías de la publicación no debe ser considerada como indicador de su estado de salud.

Todos los derechos reservados. Este documento puede ser revisado, citado, reproducido o traducido en parte, o completamente, mientras se reconozca la fuente de información.

El Fondo Mundial acepta contribuciones de gobiernos, corporaciones, fundaciones e individuos. Para contribuir visite nuestro sitio de Internet o comuníquese con el equipo de Relaciones Externas a la dirección info@theglobalfund.org. Para más información y para estar al día sobre el Fondo Mundial visite: www.theglobalfund.org

