

Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional

*Eduardo Bidaurratzaga Aurre **

Tema: Este ARI analiza la evolución e impacto del VIH/SIDA en Mozambique, así como la idoneidad, logros y limitaciones de las políticas implementadas en el país con la colaboración de la cooperación internacional para hacer frente a dicha epidemia.

Resumen: Las más altas tasas de prevalencia a nivel mundial, y los más radicales descensos de la esperanza de vida en las últimas décadas en África Subsahariana, entre otros factores, han hecho que la lucha contra el VIH/SIDA se haya convertido en una de las principales prioridades de la agenda de los diferentes actores de la cooperación internacional (agencias bilaterales y multilaterales, ONGD, fundaciones privadas...). En este contexto, el presente trabajo explora las más recientes tendencias e iniciativas en las que participan actores locales y extranjeros en la lucha contra la enfermedad en un caso particular como el de Mozambique, con un Estado frágil y una fuerte participación por parte de la cooperación internacional. Asimismo, este trabajo pretende identificar las principales fortalezas y debilidades de las políticas implementadas hasta el momento en el país, como paso necesario de cara a estrategias y políticas futuras.

Análisis:

Introducción

El VIH/SIDA es uno de los temas que más literatura está generando en los últimos años, tanto en el ámbito estrictamente médico-sanitario como en el de los estudios sobre desarrollo. La acumulación de las más altas tasas de prevalencia del virus, y sus altos niveles de mortalidad, convirtiendo la enfermedad en la primera causa de muerte en África Subsahariana en la actualidad, han hecho que la tasa de esperanza de vida haya sufrido descensos sin precedentes en diversos países de la región y muy en particular en el África Austral, donde se concentran los datos más alarmantes.¹ No obstante, los datos desagregados para los países de África Subsahariana muestran enormes diferencias entre unos y otros, un desigual grado de incidencia de la enfermedad que debe condicionar las prioridades de cada país en materia de salud y desarrollo.²

* *Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional HEGOA, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)*

¹ Casi el 70% de los adultos y el 90% de los niños infectados por el VIH viven en África Subsahariana y más de tres cuartas partes de las muertes ocurridas en el año 2007 se produjeron allí, contribuyendo todo ello a que el SIDA continúe siendo la principal causa de muerte en esta región (ONUSIDA/OMS, 2008). En casos como los de Botsuana, Zimbabue y Suazilandia, por ejemplo, la esperanza de vida ha padecido reducciones superiores a los 15 años respecto a su nivel a primeros de la década de los 70, sobre todo como consecuencia de dicha pandemia (WHO, 2006; PNUD, 2007).

² La tasa de prevalencia entre la población adulta (de 15 a 49 años) varía sustancialmente entre datos inferiores al 2% para algunos países de África Occidental y el Sahel y los correspondientes a la mayor parte

Mozambique, pese a no estar entre los países de África Austral con las más altas tasas de prevalencia, constituye un caso de gran interés en cuanto al análisis de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA, por diferentes motivos. El primero, el estar rodeado de países con tasas de prevalencia superiores a las suyas, lo que se traduce en niveles de infección muy altos en las zonas de corredores de transportes transfronterizos en una región con fuerte tradición migratoria.³ A partir del final de la guerra, con el retorno de refugiados desde países vecinos, se produjo un fuerte incremento de la prevalencia. El hecho de que la enfermedad se desarrollara más tardíamente en Mozambique que en muchos de sus países vecinos debería haber servido para aprender de la experiencia previa de éstos en materia de combate de la epidemia, lo cual está aún sujeto a discusión.

Además, Mozambique, en uno de los últimos puestos del *ranking* del IDH mundial (175 de 179), es considerado un Estado frágil, con graves dificultades estructurales en la provisión de servicios básicos, y una débil sociedad civil con escasa capacidad a la hora de jugar un papel activo en la lucha contra la pandemia. Esta situación agudiza la importancia de los debates en materia de gobernanza a la hora de mejorar la efectividad y capacidad del Estado en la provisión de dichos servicios, tal y como los donantes quieren impulsar en su nueva agenda. Desde la firma de los Acuerdos de Paz a primeros de los años 90, la actitud de apertura hacia el exterior por parte del gobierno ha generado un interés creciente en el país por parte de una amplia variedad de actores de la cooperación internacional para el desarrollo, que se traduce, a su vez, en un alto nivel de dependencia de diversos actores locales respecto a los donantes extranjeros y sus fondos de ayuda. Como consecuencia de todo ello, Mozambique se ha convertido en un socio privilegiado de la comunidad donante en el continente, lo que ha afianzado su condición de laboratorio para la puesta en marcha de la nueva agenda de la cooperación internacional y de los denominados “nuevos instrumentos” de ésta en cuanto al uso de fondos comunes y la aplicación de mecanismos de apoyo sectorial y presupuestario, entre otros.

Sistema de provisión de salud, gobernanza y cooperación internacional en Mozambique

Tras la independencia, la apuesta del gobierno por la oferta de servicios públicos básicos llevó a que el sistema sanitario en Mozambique fuera considerado uno de los más adelantados del continente, con el apoyo de gobiernos aliados del Bloque del Este bajo la lógica de la Guerra Fría y de diversas redes de solidaridad de países occidentales, y de Italia, en particular. Sin embargo, la larga guerra destruyó gran parte de las infraestructuras sanitarias y agudizó las limitaciones y carencias en términos de recursos humanos y materiales, o estructuras de gestión, por el lado de la oferta. A su vez, esto deterioró sustancialmente las condiciones de vida, la seguridad alimentaria, y el estado de salud de la población, por el lado de la demanda.

De este modo, tras el fin de la guerra se acometió un proceso de reconstrucción posbélica que incluía la rehabilitación de las infraestructuras sanitarias destruidas y una

de los países de África Austral, con datos superiores al 10%, llegando algunos a superar incluso tasas del 20%, o del 25%, como en el caso de Suazilandia, con la prevalencia más alta del mundo. En 2007 África Austral representaba un tercio de las nuevas infecciones y defunciones por SIDA a nivel mundial (ONUSIDA, 2008).

³ En el caso de Mozambique, como en otros de África Austral, debe destacarse la influencia de algunos factores históricos determinantes para la expansión de la enfermedad, como los flujos migratorios hacia la Sudáfrica del *apartheid*, la creación de *townships* de trabajadores migrantes sin familias, o la urbanización acelerada.

búsqueda de soluciones a la fuerte escasez de mano de obra cualificada en medicina, enfermería, planificación y gestión, para afrontar la baja calidad de los servicios y los amplios porcentajes de la población del país (en torno al 50%) sin acceso a servicios sanitarios, o con centros de salud carentes de lo más básico.⁴ Las debilidades estructurales persisten en la actualidad y son particularmente graves en las zonas rurales, donde las pobres e insuficientes infraestructuras de transporte y comunicaciones condicionan fuertemente el acceso a los escasos servicios, y donde el bajo nivel de alfabetización y las creencias y costumbres hacen que la mayoría de la población recurra en primera instancia a la medicina tradicional (UNDP, 2007). En este contexto, se ha producido una creciente presencia de las ONGD (Organización No Gubernamental para el Desarrollo) en el sector ante las graves limitaciones del sector público en la provisión de servicios de salud, situación que mina la legitimidad social del estado de cara a su ciudadanía.

Pese a las múltiples carencias actuales en materia de cantidad y calidad de los servicios, debe reconocerse que en los últimos años el sector sanitario en el país ha sido objeto de diversas mejoras. Destacarían, entre otras, la elaboración de los Planes Estratégicos para el Sector Salud (PESS 2000-05-10) del MISAU (*Ministério de Saúde*, Ministerio de Sanidad), los Planes Estratégicos Nacionales de Lucha contra el VIH/SIDA (PEN I y PEN II) y los avances producidos en materia de planificación y gestión de los fondos de ayuda provenientes de diferentes actores de la cooperación internacional canalizados por medio de un “nuevo instrumento” de carácter sectorial denominado SWAp (*Sector Wide Approach*), que pretende apoyar las capacidades de provisión de servicios básicos de Estados frágiles. Esto ha facilitado también el incremento de los fondos presupuestarios destinados al sector sanitario⁵ durante los últimos años, dentro de un complejo sistema que incluye diferentes mecanismos de financiación del sector (el Presupuesto del Estado, el Fondo Común Provincial, el Fondo Común Medicamentos, el Fondo Común General PROSAUDE y otros financiamientos externos individuales).

Por lo general, la mayor parte de los expertos en la materia coinciden en que el enfoque sectorial, como respuesta a los instrumentos tradicionales de la cooperación internacional, mejora muchas de sus limitaciones y deficiencias. Pese a ello, lejos de ser la panacea y receta mágica para la resolución de todos los problemas, plantea otro tipo de dificultades y contraindicaciones que hacen que no sea aplicable en cualquier contexto, especialmente en ausencia de unas garantías mínimas en cuanto al funcionamiento eficaz del sector y a la transparencia en la gestión y buen uso de los recursos públicos.⁶

En el caso concreto de Mozambique, el grueso de los donantes internacionales consideran que éste sí cumple los prerequisites básicos para la implementación de este

⁴ En lo relativo a profesionales de la medicina, téngase en cuenta que Mozambique tiene uno de los ratios más bajos del mundo en cuanto al número de médicos: tres por cada 100.000 habitantes. Este ratio desciende hasta uno por cada 100.000 en el caso de las zonas más pobres y aisladas del interior del país (PNUD, 2007; UNDP, 2007).

⁵ El gasto público sanitario en el período 2001-2004 pasó de 1.973.849 a 3.275.233 millones de meticaís. Con todo, el porcentaje del total del presupuesto destinado al sector sanitario se redujo en ese período del 14% al 11% (UNDP, 2007).

⁶ La falta de capacidad del gobierno para la gestión y el rápido desembolso de esos fondos hacia las provincias y distritos más lejanas y las zonas rurales más aisladas, y la ausencia de mecanismos de control por parte de los donantes, forman parte también del conjunto de peligros vinculados a la aplicación de estos nuevos instrumentos de la cooperación internacional al desarrollo. Con todo, aunque el problema de la capacidad de absorción sigue siendo una limitación a corto plazo con el sector sanitario ejecutando en 2004 el 69% de su presupuesto, el dato ha mejorado progresivamente desde el 51% en 2002 (UNDP, 2007).

tipo de instrumento y para la apuesta por “aprender haciendo”. No obstante, su corta experiencia en este ámbito y alto nivel de centralización y burocratización sigue sin dar salida a algunos de los obstáculos más graves a los que se enfrenta el sector salud en la actualidad: la escasez de infraestructuras y recursos humanos y materiales, especialmente a nivel de las provincias y los distritos (Pita *et al.*, 2006; MAEC, 2005). Del mismo modo, las limitadas capacidades del Estado suponen un importante problema para la gestión de instrumentos de coordinación de la ayuda cada vez más exigentes y complejos o para hacer frente a la situación de fragmentación de fondos de los donantes para el sector salud.

Expansión y efectos de la epidemia de VIH/SIDA en Mozambique

Mozambique es uno de los pocos países dentro de la región más afectada por el VIH/SIDA a nivel mundial (África Austral) en el que las tasas de prevalencia siguen subiendo, en contra de la tendencia cada vez más extendida en los últimos años de estabilización o incluso de reducción, tal y como sucede en casos como los de Zimbabue, Botsuana, Suazilandia, Lesoto, Malawi y Zambia. La tasa de prevalencia media de Mozambique no ha parado de crecer desde finales de los años 80, hasta alcanzar en la actualidad la cifra del 12,5%, frente a los datos más altos de la región, protagonizados por Suazilandia (26,1%), Botsuana (23,9%), Lesoto (23,2%) y Sudáfrica (18,1%).⁷ Este dato medio esconde fuertes diferencias internas entre las provincias del norte del país, con una prevalencia en torno al 9% (Cabo Delgado y Nampula), y las provincias del centro y del sur con niveles en torno al 20% (Gaza, Maputo, Manica y Zambezia).

Al igual que revelan los datos para el conjunto de África Subsahariana, las estimaciones existentes para el país establecen que cerca del 60% del total de la población adulta infectada por el VIH corresponde a la población femenina. La desagregación por sexo y edad nos muestra que es a partir del comienzo de la actividad sexual, entre los 15 y los 19 años, cuando las tasas de prevalencia empiezan a crecer rápidamente, particularmente entre las mujeres, llegando los niveles de infección de la población femenina entre 15 y 24 años a triplicar a la masculina.⁸ Estos datos dejan claramente de manifiesto la importancia que los componentes de edad y sexo deben tener a la hora de diseñar estrategias y políticas eficientes para combatir la expansión del VIH/SIDA en el país (UNDP, 2007; ONUSIDA, 2008; WHO/UNAIDS/UNICEF, 2008).

Del mismo modo que en otros países de la región, las altas tasas de prevalencia en Mozambique se están traduciendo en un amplio abanico de graves efectos socioeconómicos.⁹ Éstos van desde el ámbito de los hogares o el macroeconómico hasta el impacto sobre sectores fundamentales para la promoción del desarrollo humano, como el sanitario y educativo, tanto por el lado de la oferta como de la demanda de estos servicios.

Debe tenerse en cuenta igualmente que, además de su impacto sobre la demanda de servicios educativos, el VIH/SIDA está ocasionando también graves efectos sobre la

⁷ Aunque la tasa de prevalencia de Mozambique es la octava más alta de África Subsahariana, en términos absolutos se encuentra en el tercer puesto, detrás de Sudáfrica y Nigeria, en cuanto a número de personas viviendo con el virus (ONUSIDA, 2008).

⁸ Del total de personas viviendo con VIH en África Subsahariana en 2007, se estima que casi el 61% eran mujeres, lo que está llevando a un grave proceso de feminización de la epidemia (ONUSIDA/OMS, 2008). En Mozambique la prevalencia entre chicos de 15 a 24 años es en 2007 del 2,9%, mientras que entre las chicas es del 8,5% (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2008).

⁹ En Mozambique se estima que hay en torno a 1.600.000 huérfanos y niños vulnerables, de los cuales 325.000 son huérfanos al haber perdido su padre, madre o ambos como consecuencia del VIH/SIDA (UNDP, 2007).

oferta de educación, al afectar directamente al profesorado y reducir así los escasos recursos humanos cualificados existentes en el país.¹⁰ Otro tanto puede decirse respecto a los profesionales del sector sanitario, con el agravante que para estos últimos su propia actividad profesional les puede hacer incurrir en un riesgo superior de ser infectados por el virus.

Políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: logros y limitaciones

Entre los diferentes factores que la abundante literatura sobre la materia destaca como fundamentales para combatir la epidemia suele destacarse la importancia del reconocimiento público de la gravedad de la pandemia por parte de las autoridades gubernamentales y su voluntad política de liderazgo¹¹ (ONUSIDA, 2008). En el caso de Mozambique, se ha hablado mucho de la escasa y tardía reacción por parte de las autoridades para implementar unas adecuadas políticas de lucha contra el VIH/SIDA, si bien sería necesario no olvidar el contexto particular de expansión de la enfermedad tras el fin de la guerra, donde otras muchas prioridades se mostraban más evidentes.

Desde su creación, el órgano central en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique, el CNCS (*Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA*), ha estado sujeto a diversa controversia. En primer lugar, ésta se produjo como consecuencia de las reticencias por parte del MISAU, que veía como un organismo de nueva creación accedía a una cantidad creciente de fondos por parte de la comunidad donante internacional. Otras voces críticas planteaban también si tenía sentido crear un “Ministerio de SIDA”, puenteando las estructuras organizativas ya existentes en el MISAU. Posteriormente, una vez definidas las funciones de ambas instituciones en el combate contra la pandemia, y ya más normalizadas las relaciones entre ellas, la crítica más generalizada ha ido por la vía de la falta de eficacia en su funcionamiento a la hora de coordinar a la multitud de agentes involucrados en el área del VIH/SIDA en el país.

La labor de los donantes bilaterales y multilaterales ha sido fundamental a la hora de financiar los diferentes proyectos y actividades desarrolladas por el CNCS. La creación de un Fondo Común para la lucha contra el VIH/SIDA, con las aportaciones de las agencias bilaterales o embajadas de Irlanda, el Reino Unido, Dinamarca, Canadá y Suecia, junto con las del Banco Mundial y el Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, juega sin duda un papel fundamental en este sentido¹² (Dickinson *et al.*, 2007). En este contexto, las diversas controversias generadas sobre la creación y trabajo del CNCS deben llevar a la reflexión sobre los efectos distorsionadores de las estrategias y acciones de los donantes, creando estructuras paralelas y erosionando la motivación del personal en las instituciones excluidas.

Dadas las limitaciones financieras y de cobertura de las unidades sanitarias del país, el gobierno consideró inicialmente en su PEN I (2000-2002) que una política de universalización de antirretrovirales era impracticable. En 2002 se empezaron a ensayar algunos proyectos piloto con ONGD extranjeras en materia de prevención de la

¹⁰ Algunas estimaciones consideran que para el año 2010 en torno a unos 9.200 profesores habrán muerto como consecuencia de la enfermedad en Mozambique (UNDP, 2007).

¹¹ Según señalan diversas fuentes, este parecería ser el caso de Uganda, donde la mejora en las tasas de prevalencia comenzó a producirse a partir de mediados de los 90, como consecuencia, en parte, de la actitud proactiva por parte del gobierno para poner en marcha un enfoque multisectorial de combate de la enfermedad (Hogle, 2002).

¹² Estos recursos provenientes del fondo común financian las actividades vía subproyectos de ONGD nacionales y extranjeras, organizaciones de base comunitarias, organizaciones religiosas y del sector público y privado.

transmisión materno-infantil y tratamientos, y a partir de 2003, con la fuerte reducción de los precios de los antirretrovirales a nivel mundial, éstos pasaron a ser más accesibles para países como Mozambique. Y este hecho coincidió además con el surgimiento de diversas iniciativas bilaterales y multilaterales como la del Fondo Global, la iniciativa del presidente Bush PETFAR, la del Banco Mundial o la de la Fundación Clinton. En este contexto, el PEN II (2005-2009) incorporó en la estrategia nacional de lucha contra el VIH/SIDA, además de la aceleración de la prevención, el cuidado y el tratamiento. Así, a finales de 2004 el MISAU y diversas ONGD extranjeras¹³ estaban proporcionando tratamiento a 7.000 personas, dato que casi un año más tarde ascendía rápidamente a 20.000 pacientes, alcanzando los 90.000 en 2007 y pasando así el porcentaje del total de personas que recibían tratamiento del 3% al 24% de los que lo precisaban en el período 2004-2007 (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2008).

El área en la que las iniciativas implementadas recientemente han sido más exitosas es el de la prevención de la transmisión vertical. La puesta en marcha de un programa por parte del MISAU en el año 2002, con la colaboración de agencias bilaterales y multilaterales de cooperación, así como de ONGD nacionales e internacionales, fue fundamental a este respecto. En ausencia de recursos humanos y materiales suficientes, como es el caso en Mozambique, se consideraba que éste era uno de los ámbitos en los que una intervención sencilla, y más fácilmente generalizable que otras, puede marcar una diferencia sustancial. En el período 2005-2007 el número de mujeres embarazadas que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical a sus hijos/as pasó de 3.117 a 44.975, lo que en términos de porcentaje respecto al total supone un cambio del 3% al 46% (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2008). Pese a la rápida mejora en materia de prevención de la transmisión materno-infantil, la solución al problema del acceso a tratamientos no depende sólo de la disponibilidad de los medicamentos, sino también de otro tipo de factores más estructurales, como la cobertura general de los servicios sanitarios en el país, la provisión eficiente de los mismos, y la falta de recursos humanos y materiales necesarios.

Debe tenerse en cuenta que a medida que avanza la expansión de los tratamientos, los retos que se le presentan al sistema sanitario local son mayores a la hora de garantizar el seguimiento de los pacientes nuevos más los anteriores en condiciones de una mínima calidad. Este incremento de la demanda en el corto plazo tiene que ser afrontado además por un personal sanitario claramente insuficiente, con frecuencia desbordado y desmotivado, lo que se acaba traduciendo en deterioro de los escasos servicios disponibles para el público más necesitado. Para una población de algo más de 20 millones de habitantes el país cuenta aproximadamente con 24.000 trabajadores sanitarios, de los cuales sólo 600 son doctores, y un tercio de éstos extranjeros. Por ese motivo, el MISAU ha adoptado un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos para el período 2006-2010 que prevé la formación de unos 6.500 profesionales de nivel medio y bajo para poder hacer frente a la creciente demanda provocada por la epidemia (UNDP, 2007). Ésta y otro tipo de iniciativas de corto plazo precisan a su vez de un planteamiento a medio y largo plazo que apueste por la sostenibilidad del conjunto del sistema. Para ello, la unificación y previsibilidad de fondos externos, en función de la agenda del gobierno y de otros agentes locales, se hace ineludible.

¹³ Algunas de éstas ONGD pioneras realizaron también inicialmente un fuerte trabajo de presión política para intentar convencer al gobierno de la posibilidad de una extensión acelerada de los tratamientos antirretrovirales a todo el país, poniendo en entredicho la legitimidad social de un Estado incapaz de hacer frente en el corto plazo a los retos que la expansión del VIH/SIDA le iba poniendo sobre la mesa.

Finalmente, en el momento actual de avalancha de fondos externos en materia de tratamiento, bienvenidos si bien aún insuficientes, surgen con fuerza cada vez más voces alertando del peligro de la relajación respecto a la prevención, ahora que el SIDA empieza a dejar de convertirse en sinónimo de muerte en el país. Téngase en cuenta que el tema de la prevención es cada vez menos un problema de acceso a información, y más de gente ya informada que, condicionada por un cúmulo de diferentes circunstancias (económicas, sociales y culturales), no cambia sus costumbres o pautas de comportamiento frente a la epidemia. Dada la mayor incidencia del VIH/SIDA sobre las mujeres en Mozambique, y el fracaso de la estrategia del ABC (*Abstinence, Be Faithful, Condoms*, ordenadas por orden de importancia), es preciso reforzar la capacidad de éstas para controlar sus relaciones sexuales y los términos en las que se producen. Para ello, además de campañas de prevención, deben ponerse en marcha políticas específicas en un amplio abanico de ámbitos, desde la educación hasta el acceso a la propiedad de la tierra, dado que son los desequilibrios socioeconómicos y de poder los que acaban provocando una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante la pandemia.

Asimismo, a la luz de los escasos resultados hasta el momento en materia de prevención, es preciso replantearse las campañas, los medios y los mensajes utilizados, sobre todo por parte de los actores extranjeros, para intentar cambiar las pautas de comportamiento de la población a partir de enfoques que, prestando la debida atención a cada contexto, tengan en cuenta los aspectos socioculturales y económicos¹⁴ que condicionan las relaciones sexuales en el país, y en diferentes zonas dentro de él. A este respecto, unos agentes colaboradores destacados en materia de prevención pueden ser las personas que ejercen la medicina tradicional. Dado que la mayoría de la población del país sigue acudiendo a ellos, especialmente en las zonas rurales, como alternativa o complemento a la medicina moderna, el MISAU interpreta que, apropiadamente formados por un programa que está ya en fase de implementación, pueden contribuir sustancialmente a sensibilizar de manera más efectiva sobre los mecanismos de transmisión del VIH y sus consecuencias sociales y económicas. Las diferentes organizaciones de la sociedad civil mozambiqueña, en especial asociaciones de seropositivos/as, debidamente reforzadas por la financiación y capacitación de los actores externos, tienen también un importante papel que jugar en el área de la prevención (UNDP, 2007).

Por otro lado, la expansión de las campañas de prevención al sistema de enseñanza primario y secundario es igualmente fundamental. Pese a los avances realizados en este sentido, las últimas estimaciones establecen que los programas de prevención no llegan aún al 50% de los centros educativos del país, lo que implica un grave déficit en la lucha contra la enfermedad (UNAIDS, 2008).

Conclusiones: No cabe duda de que el VIH/SIDA plantea grandes retos a los actores locales y extranjeros en Mozambique en términos de coordinación y sostenibilidad de las intervenciones ante lo que podríamos denominar una emergencia, no al uso, sino crónica o de largo plazo. Ello se traduce, en primer lugar, en que la multitud de actores externos operando en el país (bilaterales, multilaterales y ONGD) tienen que romper con el pasado de sus propias prácticas y agendas, no armonizadas entre ellas, ni alineadas con respecto a los planes estratégicos nacionales para la promoción del desarrollo. Por otro lado, es importante que dejen atrás también la lógica tradicional de intervención en

¹⁴ Las aportaciones desde un análisis sociológico y antropológico de esta realidad, todavía muy marginal en el ámbito del diseño e implementación de las políticas de prevención, pueden ser de gran relevancia en este sentido.

emergencias de corto plazo. Éstas poco tienen que ver con la situación provocada por la pandemia de VIH/SIDA, que precisa de un planteamiento claro en términos de sostenibilidad y reforzamiento del conjunto del sistema de respuesta multisectorial.

En el ámbito de la salud, un número creciente de expertos coincide en que no se puede combatir el VIH/SIDA de forma apropiada sin un acceso mínimo en materia de atención primaria, que permita un adecuado trabajo de prevención y seguimiento del tratamiento y cuidado de los pacientes. Así, además de iniciativas concretas que marquen una diferencia a corto plazo, crece la necesidad de reforzar el sistema público de salud con recursos humanos y materiales mayores y más estables, así como con mayor eficiencia y eficacia en la provisión de servicios, de tal modo que sean capaces de hacer frente a ésta o a cualquier otra crisis sanitaria. Para ello, es necesario horizontalizar e integrar paulatinamente dentro del sistema las diversas iniciativas verticales y estructuras paralelas existentes en la actualidad, como una forma de acabar con la compartimentalización de la enfermedad dentro del sistema de salud pública.

En el candente debate sobre “emergencia frente a desarrollo”, se hace necesario ser pragmáticos y señalar la compatibilidad de ambos enfoques, por lo menos de manera provisional en tanto en cuanto la capacidad de absorción de los actores locales siga siendo insuficiente, y siempre que se lleve a cabo una “acción de emergencia” contribuyendo al mismo tiempo al fortalecimiento del conjunto del sistema de salud.

Con todo, en las condiciones descritas de expansión y respuesta el VIH/SIDA en Mozambique, es pertinente ir abandonando progresivamente la lógica de los proyectos y de los fondos verticales, con su perspectiva cortoplacista, sus altos costes indirectos y sus agendas frecuentemente mal coordinadas. Paralelamente, debe apostarse por una perspectiva más sostenible de la mano de los enfoques sectoriales y del apoyo presupuestario, donde se capacite a los actores locales, y al sector público y a la sociedad civil en particular, y se les dé la oportunidad de liderar el proceso a partir de unas instituciones y marcos apropiados de promoción de la salud pública.

Eduardo Bidaurratzaga Aurre

Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional HEGOA, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Bibliografía

Batley, R. (2002), *Mozambique: A Country Case Study*, International Development Department, School of Public Policy, University of Birmingham, UK, DAC Task Force on Donor Practices, OECD.

CNCS (1999), *PEN I (2000-02): Primer Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA*, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, Maputo, www.cncs.org.mz.

CNCS (2004), *PEN II (2005-09): Segundo Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA*, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, Maputo, www.cncs.org.mz.

De Renzio, P., y J. Hanlon (2007), *Contested Sovereignty in Mozambique: The Dilemmas of Aid Dependence*, The Global Economic Governance Programme, Oxford, www.globaleconomicgovernance.org.

Dickinson, C., *et al.* (2007), *The Global Fund Operating in a SWAp Through a Common Fund: Issues and Lessons from Mozambique*, HLSP Institute, London, www.hlspinstitute.org.

Francisco, A., *et al.* (2004), *Impacto Demográfico da Epidemia do HIV/SIDA nos Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique*, Ministerio de Saúde de Moçambique (MISAU), Maputo.

Hogle, J.A. (ed.) (2002), *What Happened in Uganda?*, USAID. Washington, www.usaid.gov.

MAEC (2005), *Evaluación de la cooperación española en salud en Mozambique*, Informe de evaluación 18, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, Madrid, www.maec.es.

ONUSIDA (2008), *Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2008*, Ginebra, www.unaids.org

ONUSIDA/OMS (2008), *África Subsahariana. Situación de la epidemia de SIDA 07. Resumen Regional*, Ginebra, www.unaids.org.

Pita, J.I. (coord.) (2006), *Nuevos instrumentos de la cooperación española: la experiencia mozambiqueña*, Documento de Trabajo nº 2, Fundación Carolina, CeALCI, Madrid.

PNUD (2007), *Informe sobre el desarrollo humano*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, www.undp.org.

Timmermans, N. (2004), *The Role of NGOs in the Health Sector SWAp in Mozambique*, AEDES, Bruselas.

UNAIDS (2008), *Mozambique. Country Situation*, www.unaids.org.

UNICEF (2006), *El estado mundial de la infancia 2007*, http://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf.

UNDP (2007), *Mozambique National Human Development Report 2007. Challenges and Opportunities. The Response to HIV and AIDS*, Maputo, www.undp.org.mz.

WHO (2006), *The Health of the People. The African Regional Health Report*, World Health Organization, Ginebra, 2006, www.who.org.

WHO/UNAIDS/UNICEF (2008), *Mozambique: 2008 Update. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS*, Ginebra, www.unaids.org.