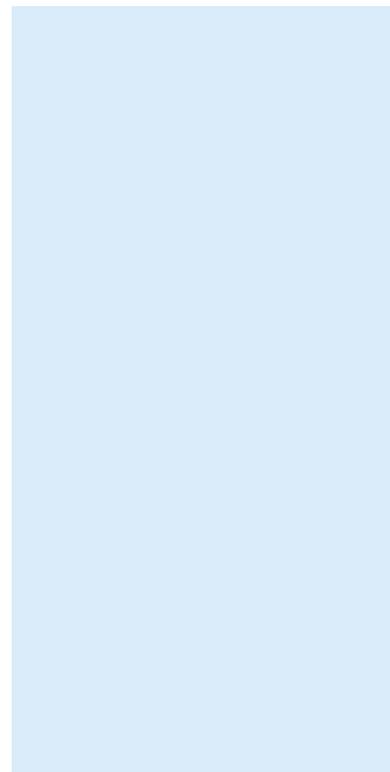


Hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención: experiencias y desafíos en la región de Mbeya, en Tanzania — Un estudio de caso

COLECCIÓN "PRÁCTICAS ÓPTIMAS" DEL ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

El ONUSIDA desea mostrar su agradecimiento al Dr. Ulrich F. Vogel, autor del presente estudio, así como a la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)*, sin los cuales este documento no hubiera visto la luz.

Fotografía de la cubierta: ONUSIDA / L. Gubb

ONUSIDA/07.11S / JC1291S (versión española, noviembre de 2007)

Versión original inglesa, UNAIDS/07.11E / JC1291E, marzo de 2007:
Towards universal access to prevention, treatment and care: experiences and challenges
from the Mbeya region in Tanzania – a case study
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA) 2007.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención: experiencias y desafíos en la región de Mbeya, en Tanzania — Estudio de caso

(ONUSIDA colección prácticas óptimas)
“ONUSIDA/07.11S / JC1291S”.

1.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 2.Infecciones por VIH – prevención y control. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – terapia. 4.Infecciones por VIH – terapia. 5.Accesibilidad a los servicios de salud. 6.Casos clínicos. 7.República Unida de Tanzania. I.ONUSIDA. II.Serie.

ISBN 978 92 9173 560 0

(Clasificación NLM: WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Hacia el acceso universal a la
prevención, tratamiento y atención:
experiencias y desafíos en la región
de Mbeya, en Tanzania —
Un estudio de caso



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Agradecimientos

El presente estudio de caso es el resultado del trabajo cooperativo llevado a cabo por la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), el Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania, la Comisión sobre el Sida de Tanzania y el ONUSIDA. El documento fue elaborado por el Dr. Ulrich Vogel, en coautoría con la Dra. Brigitte Jordan-Harder (GTZ, República Unida de Tanzania). Los autores desearían agradecer la contribución de personas clave en la región de Mbeya, en particular el Funcionario Médico Regional, Dr. Minja, y el Coordinador Regional para el Control del Sida, Dr. Sewangi. También dan las gracias al Dr. Rowland Swai (Director, Programa Nacional de Control del Sida, Ministerio de Salud) y al General de División retirado Lupogo (Presidente Ejecutivo, TACAIDS) por sus aportaciones. Los colegas de GTZ en Tanzania, especialmente el Sr. Yunusi Koshuma, la Dra. Claudia Hunger, la Sra. Ute Papkalla y la Sra. Cordula Schümer, aportaron información igualmente útil.

Índice

Agradecimientos	2
Prefacio	4
Resumen	5
Introducción	7
1. Finalidad del estudio	7
2. Panorámica nacional	8
Panorámica de la región de Mbeya	11
1. Situación general: geografía, economía y niveles de pobreza	11
2. Desarrollo de la epidemia de VIH en la región	12
La respuesta multisectorial al VIH en la región	15
1. El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya: una visión histórica (1987-2000)	15
2. Hacia un programa regional multisectorial integral (2001-2005)	16
2.1. Dimensión organizativa y planes	16
2.2. Ampliación progresiva de la prevención, tratamiento y mitigación del sida	25
Conclusión: Hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención en la región de Mbeya para 2010: logros alcanzados y desafíos para el futuro	35
1. Superar limitaciones pasadas	36
2. Exhaustividad del Programa Regional	38
3. Los desafíos pendientes para lograr el acceso universal a prevención, tratamiento y atención	41
Anexo 1. Estructura organizativa de los distritos	43
Anexo 2. Indicadores regionales basados en el nuevo Marco Nacional de Vigilancia y Evaluación	44
Anexo 3. Publicaciones fundamentales	46

Prefacio

Tanzanía ha realizado progresos sustanciales durante los últimos cinco años para afrontar satisfactoriamente su epidemia de VIH. Desde que en 1999 el Gobierno del país catalogó la epidemia como una «catástrofe nacional», se han intensificado los esfuerzos a todos los niveles para movilizar la sociedad contra esta amenaza. Después del establecimiento de la Comisión sobre el Sida de Tanzanía (TACAIDS) y la adopción de la Política Nacional sobre el VIH/Sida en 2001, el país desarrolló y aprobó el Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida (2003–2007) como documento directivo para todos los asociados públicos y privados. Desde entonces se han realizado esfuerzos sustanciales —apoyados por un incremento muy significativo de las contribuciones financieras de asociados bilaterales y multilaterales externos— con objeto de acrecentar la capacidad del pueblo tanzano, especialmente a nivel comunitario y de distrito, para responder a la epidemia y desarrollar sus propias respuestas.

El presente estudio de caso sobre los esfuerzos para controlar el VIH en la región de Mbeya describe y resume el trabajo efectuado durante casi 20 años. Examina las estructuras gubernamentales que apoyan el control del VIH y el compromiso del Gobierno, las personas y los asociados externos a fin de superar la amenaza que plantea la epidemia para el desarrollo nacional. Estos esfuerzos no han sido en vano: la prevalencia del VIH, que superaba el 20% a mediados de los años 1990, había disminuido hasta el 13% en 2005, como consecuencia probablemente de los programas y actividades regionales.

Sin embargo, el desafío del sida todavía no se ha vencido. La prevalencia sigue siendo inaceptablemente alta, y en Mbeya (como en el resto de Tanzanía) se produce cada día un gran número de nuevas infecciones por el VIH. El Gobierno tanzano se ha comprometido a incrementar aún más sus esfuerzos para responder al VIH y alcanzar, en 2010, las cotas aceptadas internacionalmente de acceso universal a la prevención, tratamiento y atención para todas las personas que lo necesiten. Esto se vislumbra como un hito intermedio en el camino hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas marcadas por la Declaración del UNGASS.

La región de Mbeya ya ha realizado progresos muy significativos hacia este ambicioso objetivo. Las enseñanzas aprendidas en Mbeya inspirarán a otras regiones del país a seguir su ejemplo. Me gustaría dar las gracias a todos aquellos que han participado y apoyado estos esfuerzos durante casi dos décadas, pero, al mismo tiempo, debemos reconocer que los desafíos para vencer al VIH en nuestro país siguen siendo enormes y que será necesario mantener nuestra determinación y compromiso durante muchos años venideros.

General de División Lupogo (retirado)
TACAIDS

Resumen

Tanzania se enfrenta a una importante epidemia de VIH. Durante casi dos décadas se han realizado esfuerzos para controlarla, sin grandes éxitos. En los últimos años, con nuevos planteamientos y el apoyo de una mayor atención externa, se han redoblado los esfuerzos nacionales para frenar la tendencia de la epidemia y reducir el impacto del VIH sobre el desarrollo nacional.

La región de Mbeya, en el sudoeste de Tanzania, con más de dos millones de personas, fue y sigue siendo una de las regiones más afectadas del país. La prevalencia del VIH entre la población sexualmente activa alcanzó su punto máximo a mediados de los años noventa, superando la cota del 20%. Desde entonces, la tendencia de la epidemia se ha invertido, y se estima actualmente que la prevalencia del VIH oscila en torno al 13%. Es muy probable que este descenso haya sido debido en parte al Programa Regional de Control del Sida de Mbeya (que en adelante denominaremos Programa Regional), que inició sus actividades en 1988. Entre 1988 y 2003, la columna vertebral del Programa Regional fue el Ministerio de Salud y los gobiernos locales a nivel regional y de distrito, a través de los cuales se implantaron las estrategias recomendadas nacional e internacionalmente. El Programa Regional, ampliado y reforzado continuamente a lo largo de los años con apoyo de organizaciones externas, se proponía: a) aumentar de forma progresiva el número de programas con el fin de ser lo más exhaustivo posible, y b) ampliar el acceso y la cobertura de los programas para incluir el mayor número posible de miembros de la población.

Desde 2003, la respuesta nacional al VIH está guiada por el Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida, que exige una respuesta nacional sostenida y ampliada en la que participe el mayor número posible de sectores y actores. En 2001 se estableció la Comisión sobre el Sida de Tanzania (TACAIDS) como nuevo organismo de coordinación nacional para la respuesta multisectorial. Durante los últimos tres años, los enormes esfuerzos de la TACAIDS, apoyados por un incremento sustancial de los recursos financieros y técnicos externos, se han centrado en la creación y formación de estructuras gubernamentales locales a nivel de distrito con el fin de coordinar las respuestas a la epidemia en todo el país. Con el apoyo de las recién creadas Agencias Regionales de Facilitación, las organizaciones comunitarias se vieron reforzadas para expandir sus iniciativas de prevención y mitigación. Además, en 2004 se emprendió un plan nacional de atención y tratamiento para proporcionar terapia antirretrovírica a un número creciente de personas que viven con el VIH.

Basándose en estos nuevos progresos nacionales, el Programa Regional amplió sus actividades —especialmente en áreas como el asesoramiento y las pruebas voluntarias y los programas en el lugar de trabajo, el sector educativo y la comunidad— a fin de incluir todas las estrategias conceptuadas en el Marco Estratégico Multisectorial Nacional. Este enfoque multisectorial debía ser lo más exhaustivo y rápido posible para acrecentar el acceso de toda la población de la región de Mbeya. Al mismo tiempo empezó el despliegue de tratamiento antirretrovírico. En todos los distritos se crearon e instruyeron nuevos Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida y, con la ayuda de la Agencia Regional de Facilitación, se potenciaron las actividades comunitarias mediante generación de capacidad y apoyo financiero a organizaciones de la sociedad civil.

Tal como se estableció inicialmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y más tarde en la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*, aprobada en 2001 durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), la comunidad internacional prevé que en 2015 se hayan alcanzado logros decisivos en el control de la epidemia de VIH. Además, los países del G8 establecieron en 2005 un objetivo intermedio (renovado en 2006) por el que se comprometen a apoyar el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento en 2010. Al asegurar el suministro de servicios y apoyo como mínimo al 80% de la población de cada país afectado, se prevé no sólo alcanzar las metas del UNGASS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino también superar la amenaza planteada por el VIH.

En 2006, la región de Mbeya disponía de todos los elementos básicos que recomiendan las directrices nacionales e internacionales para controlar la epidemia de VIH, y ya estaba ejecutando estrategias como tratamiento de infecciones de transmisión sexual y promoción de preservativos y salud. Estos esfuerzos ya están llegando a más del 80% de la población, y también se están realizando progresos en otras áreas como educación inter pares en las escuelas, programas sobre el VIH en el lugar de trabajo para los sectores público y privado y actividades de atención a domicilio a través del sector sanitario y organizaciones no gubernamentales. La reducción de la prevalencia del VIH desde 1994 —aunque parece que se está lentificando desde 2001— señala un giro radical en la epidemia de la región.

Gracias a casi dos décadas de esfuerzos continuados e ininterrumpidos para poner en práctica la respuesta nacional y al apoyo externo sostenido y bien integrado, la región de Mbeya se encontraba aparentemente en una posición más ventajosa para incorporar las nuevas dimensiones del Marco Estratégico Multisectorial Nacional y avanzar más deprisa que otras regiones del país hacia el objetivo del acceso universal. Sin embargo, las nuevas infecciones por el VIH continúan reproduciéndose con rapidez, y la tasa de prevalencia todavía se mantiene en un inquietante 13%.

Los desafíos para la región de Mbeya (y para Tanzania en su conjunto) siguen siendo colosales.

- ¿Cabe esperar que el reforzamiento continuo de las estrategias y programas existentes, junto con la nueva estructura organizativa a nivel local, contribuya a una reducción significativa y sostenida de la transmisión del VIH durante los próximos 5-10 años?
- ¿Podrá mantenerse la calidad de los programas y servicios a medida que aumente el acceso de la población?
- ¿Se resentirá la calidad de los programas y servicios a medio y largo plazo cuando se conviertan en actividades sistemáticas de estructuras públicas y privadas relativamente débiles?
- ¿Podrá ampliarse sustancialmente la respuesta con la participación de más sectores y la integración del VIH dentro de sectores fundamentales, como educación, agricultura y desarrollo comunitario?
- ¿Cabe esperar que el nuevo foco de atención en la coordinación de distrito y la generación de capacidad a nivel comunitario logre involucrar a grupos de población a los que no se ha llegado hasta ahora en grado suficiente mediante actividades de prevención y apoyo?
- ¿Se mantendrán durante décadas niveles suficientes de apoyo técnico y financiero externo para proporcionar programas de prevención, atención y tratamiento a un número significativo de personas que viven con el VIH y aliviar, así, el sufrimiento que la enfermedad y la muerte prematura provocan en las familias y comunidades?

Hay motivos fundados de optimismo para pensar que Mbeya y Tanzania serán capaces de cumplir la expectativa de acceso universal para 2010. Sin embargo, durante los próximos años se requerirá un esfuerzo enorme —junto con el apoyo incondicional del Gobierno nacional, las administraciones locales y los asociados externos— para generalizar a todo el país los logros ya alcanzados en Mbeya y, al mismo tiempo, consolidar, mantener e incluso potenciar un programa eficaz como el que se está desplegando en la región.

Será necesario igualmente supervisar y valorar de forma ininterrumpida la calidad y los resultados de los programas a todos los niveles y proporcionar apoyo técnico y estratégico suficiente para asegurar que el acceso de un mayor porcentaje de la población a servicios y programas fundamentales no vaya en detrimento de la calidad y eficacia de la respuesta al VIH.

Introducción

1. Finalidad del estudio

Tanzania, al igual que muchos países de África oriental y meridional, se enfrenta desde hace más de 20 años a una grave epidemia de VIH. Los efectos de la epidemia constituyen obstáculos importantes para el desarrollo del país. Desde mediados de los años 1980 se han realizado esfuerzos, guiados por recomendaciones nacionales e internacionales, para contener la propagación del VIH y mitigar sus consecuencias económicas y sociales.

La región de Mbeya fue y sigue siendo una de las más afectadas del país. El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya —más que los programas de otras regiones— aplicó las directrices del Programa Nacional de Control del Sida (PNCS), formuladas en los planes nacionales a medio plazo entre 1987 y 2001. La prevalencia del VIH alcanzó su cota máxima a mediados de los años noventa, con una tasa superior al 20%. Desde entonces, la prevalencia ha ido disminuyendo, y se estima que en 2005 era del 13%. Es muy probable que este éxito se relacione con las actividades de prevención y control que se han desplegado en la región desde 1988. Los esfuerzos realizados entre 1988 y 1999 para controlar la epidemia se documentaron en 2000 en el informe «Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region».¹

Durante los últimos cinco años se han producido cambios importantes en la respuesta a la epidemia de VIH en el país, principalmente el desarrollo enérgico de un enfoque multisectorial descentralizado y, en fechas más recientes, la introducción de un programa de terapia antirretrovírica de ámbito nacional. El Programa Regional ha mantenido sus iniciativas previas, al tiempo que ampliaba la respuesta para incluir los nuevos planteamientos y políticas. El enfoque multisectorial y la importancia conferida a los distritos no son elementos totalmente nuevos en Mbeya. Durante muchos años, el Programa Regional, ejecutado en gran medida por el Ministerio de Salud, había apoyado y colaborado con otros sectores, como educación y desarrollo comunitario, y los distritos habían planificado y aplicado por sí mismos muchas de las actividades. Sin embargo, las nuevas políticas nacionales añadieron responsabilidad, continuidad y sostenibilidad a la respuesta ampliada al proporcionar apoyo político, administrativo y financiero a los distritos e integrar sistemáticamente un amplio espectro de sectores en el control del VIH.

Aunque este foco de atención multisectorial basado en los distritos todavía se encuentra en sus albores, las autoridades nacionales y regionales confían plenamente en que contribuya de forma significativa a reducir aún más la propagación del VIH y a desarrollar estrategias que mitiguen su impacto sobre la población.

Tanzania y la comunidad internacional prevén controlar la epidemia de VIH para 2015, tal como estipulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la *Declaración de compromiso sobre el VIH/sida*, aprobada en junio de 2001 durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS). En fechas más recientes, y a través de una iniciativa de los países del G8, reiterada en la Cumbre Mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2005, se estableció un nuevo hito intermedio en el camino hacia la consecución de estos objetivos: acceso universal a la prevención, atención y tratamiento para 2010. Este nuevo jalón, refrendado a nivel nacional e internacional, pretende proporcionar un conjunto esencial de programas y servicios como mínimo al 80% de las personas que los necesitan en todos los países, y reducir así, de forma significativa, la amenaza del VIH.

¹ Jordan-Harder B et al (2000). Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region. Part I: Experiences and Achievements. Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of sub-Saharan Africa (Examples from Mbeya Region). Eschborn/Alemania – Dar es Salaam.

El presente estudio aborda la situación en Mbeya en 2005, documentando los esfuerzos continuados de la región para aprovechar los sólidos planteamientos integrales de prevención del Programa Regional con el fin de incrementar aún más su cobertura y, al mismo tiempo, potenciar el nuevo centro de interés en los distritos, ampliar el trabajo multisectorial y facilitar el despliegue de tratamiento antirretrovírico. En este sentido, el estudio describe los progresos realizados por la región de Mbeya hacia el acceso universal e identifica desafíos aún no superados. Gracias a sus planteamientos integrales, descentralizados y multisectoriales y a los esfuerzos ininterrumpidos de una diversidad de actores, la región parece encontrarse en mejor posición para alcanzar el acceso universal que otras partes de Tanzania y de África en general. Las experiencias de la región de Mbeya pueden servir como enseñanzas adquiridas para otras partes del país y hacerse extensivas a todo el continente.

Esta publicación no es un estudio científico ni una evaluación del Programa Regional. Es una descripción analítica de las actividades de control del VIH que se han llevado a cabo en la región hasta ahora y de su estado actual. Se centra principalmente en cuestiones de acceso. Los programas aquí presentados siguen recomendaciones nacionales e internacionales. Sin embargo, para los propósitos de este informe no se ha valorado la calidad de cada programa individual.

Algunos datos cuantitativos, como la incidencia de infecciones de transmisión sexual o la prevalencia del VIH, proceden de actividades en curso de vigilancia epidemiológica. Otros resultados aquí presentados se fundamentan en datos derivados mayoritariamente de revisiones e informes sistemáticos. También se ha obtenido información adicional a partir de una misión de reconocimiento de diez días, llevada a cabo en Mbeya en mayo de 2006, que incluyó observación de programas y numerosas entrevistas con partes fundamentales.

Los esfuerzos regionales para controlar el VIH y vivir con su impacto abarcan un periodo de casi 20 años. La experiencia en Mbeya demuestra que es posible contener la epidemia e invertir las tendencias mediante la aplicación continua y sistemática de estrategias recomendadas a nivel nacional e internacional, con el respaldo de una colaboración eficaz entre asociados nacionales, regionales y externos.

Sin embargo, la «guerra» —tal como las autoridades tanzanas califican la respuesta nacional al VIH— todavía no se ha ganado, ni en la región ni en el país en su conjunto. La prevalencia del VIH en la región sigue siendo extremadamente alta, con estimaciones que superan el 13% (prevalencia nacional estimada en adultos: 6,5% [5,8-7,2%]²), y ha aumentado en los últimos años; cada día se producen nuevas infecciones por el VIH.

El interrogante fundamental sigue ahí: durante los próximos 5-10 años, ¿será posible combinar una serie de programas que han resultado satisfactorios en el pasado con un enfoque multisectorial ampliado centrado en los distritos y comunidades y con el despliegue de tratamiento antirretrovírico para reducir las nuevas infecciones hasta un nivel menor y contribuir al bienestar de la población tan gravemente afectada por la epidemia de VIH?

2. Panorámica nacional

Tanzania: el país

La República Unida de Tanzania es el país más grande de África oriental, con una extensión de 940.000 km², y tiene fronteras con ocho países: Kenya y Uganda al norte; Burundi, la República Democrática del Congo, Rwanda y Zambia al oeste, y Malawi y Mozambique al sur. El territorio continental del país se divide en 21 regiones, subdivididas en 124 distritos, mientras que la isla de Zanzibar consta de cinco regiones. La población total es aproximadamente de 38,3 millones de habitantes (2005³).

² Informe sobre la epidemia mundial de sida (2006). ONUSIDA. Ginebra.

³ ONUSIDA, *ibid.*

Tanzania sigue siendo uno de los países más pobres de África y del mundo. Según sus propios datos, el 18,7% de la población vive por debajo del nivel nacional de pobreza alimentaria, y el 35,7%, por debajo del nivel nacional de pobreza de necesidades básicas (2000/2001).⁴ Durante los últimos 10-15 años se han realizado pocos progresos en la reducción de la pobreza. La pobreza es una realidad rural abrumadora, y el 87% de la población vive en áreas rurales. Sin embargo, Tanzania tiene planes ambiciosos para reducir radicalmente la pobreza en 2010, que se han concretado en la Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza —MKUKUTA, en el acrónimo *swahili*— y, a más largo plazo, en la Visión del Desarrollo de Tanzania para 2025.

Aparte de las diferencias entre las zonas urbanas y rurales del país, existen disparidades regionales sustanciales derivadas de «la distribución de la población, la riqueza de recursos naturales, las condiciones climáticas y la distribución de las infraestructuras, como transporte, escuelas y centros sanitarios».⁵

Tanzania ha logrado progresos notables en los últimos 15 años por lo que respecta a ciertos desarrollos sociales; por ejemplo, la tasa neta de matriculación en educación primaria aumentó hasta el 90,5% en 2004, frente al 58,8% en 1990. No obstante, el analfabetismo sigue siendo significativo, sobre todo entre las mujeres (estimación del 29,3% en 2003⁶). La mortalidad infantil se ha reducido desde aproximadamente 100 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos en el periodo 1995-1999 hasta 68 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos en el periodo 2000-2004, debido en parte probablemente al éxito de la cobertura de vacunación;⁷ sin embargo, la malnutrición infantil sigue siendo generalizada.

Prevalencia del VIH: panorama general

En Tanzania, el primer caso de sida se notificó en 1983. Desde entonces, la epidemia se ha propagado rápidamente a todas las regiones del país, desde las comunidades urbanas hasta las rurales. Las regiones más afectadas son Mbeya, Iringa y Dar es Salaam.⁸ El ONUSIDA ha estimado que, en 2005, la prevalencia nacional del VIH en adultos (15-49 años) era del 6,5% (intervalo: 5,8-7,2%), mientras que el número de personas que vivían con el VIH (15-49 años) se elevaba a 1,4 millones (intervalo: 1,3-1,6 millones).⁹ Hay grandes diferencias tanto de prevalencia como de incidencia entre y dentro de las regiones.

Según la Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza, «un incremento en la prevalencia del VIH y el sida durante la última década ha agravado aún más el estado de salud al erosionar el Índice de Desarrollo Humano y las perspectivas futuras de los tanzanos. Ha socavado los fundamentos para el desarrollo y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas nacionales».¹⁰

Políticas y estrategias nacionales sobre el VIH (1987-2005)

Entre 1985 y 2002, las actividades de control del sida estuvieron coordinadas por el Programa Nacional de Control del Sida del Ministerio de Salud, que desarrolló y ejecutó un plan a corto plazo y tres planes a medio plazo basados en las recomendaciones de la OMS y el ONUSIDA.

En 1999, el gobierno de Tanzania catalogó el VIH como una «catástrofe nacional». En 2001 se desarrolló una Política Nacional sobre el VIH/Sida, y en 2002 se creó la TACAIDS para supervisar y coordinar la respuesta multisectorial nacional. Posteriormente, en 2003, se elaboró y aprobó el Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida, que cubre el periodo 2003-2007. Dentro de sus esfuerzos para armonizar la planificación, coordinación y vigilancia de la respuesta al VIH, Tanzania ha

⁴ República Unida de Tanzania (2005). La Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza, p. 4.

⁵ *op. cit.*, p. 5.

⁶ <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/print/tz.html> (visitado el 7 de febrero de 2006).

⁷ Oficina Nacional de Estadística/ORC Macro (2005). Encuesta de Demografía y Salud de Tanzania, 2004-2005, p. xix.

⁸ TACAIDS/MACRO (2005). Encuesta sobre indicadores del VIH/sida en Tanzania, 2003, 2004, 2005, p. 75.

⁹ Informe mundial sobre la epidemia de sida (2006). ONUSIDA, Ginebra.

¹⁰ República Unida de Tanzania (2005). Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza, p. 13.

realizado progresos notables en el establecimiento de los principios de los «Tres unos» (un marco nacional de acción sobre el VIH, una autoridad nacional de coordinación y un sistema nacional de vigilancia y evaluación).

La financiación para el VIH ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Durante el ejercicio fiscal 2005/2006 se gastaron en el VIH más de TSH 350.000 millones (aproximadamente US\$ 270 millones), un incremento de 10 veces respecto a las cifras de 2001. Para el ejercicio fiscal 2006/2007, el Gobierno de Tanzania pretende aportar TSH 35.000 millones (US\$ 27 millones), mientras que los asociados para el desarrollo proporcionarán TSH 346.000 millones (US\$ 267 millones). La financiación otorgada por los asociados externos para programas sobre el VIH representa alrededor del 10% de todos los fondos de Atención Oficial al Desarrollo para Tanzania, y se destina principalmente a actividades de atención sanitaria y tratamiento.

Desde 2003, con el apoyo de asociados externos, principalmente el Banco Mundial, Tanzania ha reforzado sus respuestas al VIH a nivel de gobiernos locales, en consonancia con la reforma política global hacia la descentralización. Las autoridades de los gobiernos locales a nivel de distrito tienen actualmente el mandato de planificar, coordinar y supervisar las actividades sobre el VIH, además de incorporarlas a los planes de desarrollo de distrito (véase el apartado 3.2.1).

Panorámica de la región de Mbeya

1. Situación general: geografía, economía y niveles de pobreza

La región de Mbeya es una de las más grandes de Tanzania por lo que se refiere a tamaño, población y densidad de población. Está subdividida en ocho distritos, 163 circunscripciones electorales y 687 aldeas. Está situada al sudoeste de Tanzania y tiene fronteras con Malawi y Zambia. La región cubre un área de aproximadamente 64.000 km², y la mayoría de los asentamientos se encuentra a una altitud de 400-1.700 metros por encima del nivel del mar. La población total de la región ronda en torno a los dos millones de habitantes¹¹ (censo de 2002), lo que supone alrededor del 8% de la población total del país, y la tasa de urbanización es aproximadamente del 15%. Se estima que la población en edad de procreación (15-49 años) es de unos 425.000 individuos (2002).

La principal carretera del país, que une la ciudad portuaria de Dar es Salaam con el «cinturón de cobre» en Zambia y con Malawi y Sudáfrica, cruza la región y la ciudad de Mbeya, como lo hace la famosa línea ferroviaria TAZARA, que conecta el puerto de Dar es Salaam con Zambia. El territorio a lo largo de la carretera está densamente poblado.

Aspectos socioeconómicos

La inmensa mayoría de la población (85%) son agricultores, casi todos ellos agricultores de subsistencia. En general cultivan una diversidad de hortalizas y productos comerciables, como patatas, tomates, maíz, legumbres, arroz y cebollas. Algunos granjeros tienen plantaciones de café y té, tabaco, pelitre y cacao. Mbeya se encuentra junto a la región de Kilimanjaro, la principal productora de café del país. Hay unas pocas empresas industriales en los sectores de producción alimentaria (café, té, refrescos), materiales de construcción (cemento) y textil.

Mbeya no es una región particularmente pobre en el contexto de Tanzania. Ninguno de sus distritos pertenece a los 20 distritos con el máximo porcentaje de hogares pobres en el país (clasificados por categorías de pobreza, como tasa neta de matriculación en escuelas primarias, tasa de mortalidad antes de los cinco años, porcentaje de adultos alfabetizados o porcentaje de hogares con acceso a agua potabilizada).

La ciudad de Mbeya y el distrito de Mbarali ocupan el tercer y cuarto puestos del país por lo que respecta a menor porcentaje de hogares pobres (véase el cuadro adjunto). Sin embargo, mientras que la ciudad de Mbeya tiene aproximadamente un 12% de hogares pobres, los distritos de Ileje, Mbeya (rural) y Rungwe superan el 30%.

¹¹ República Unida de Tanzania (2002). Censo de 2002.

Algunos indicadores de los ocho distritos de la región de Mbeya

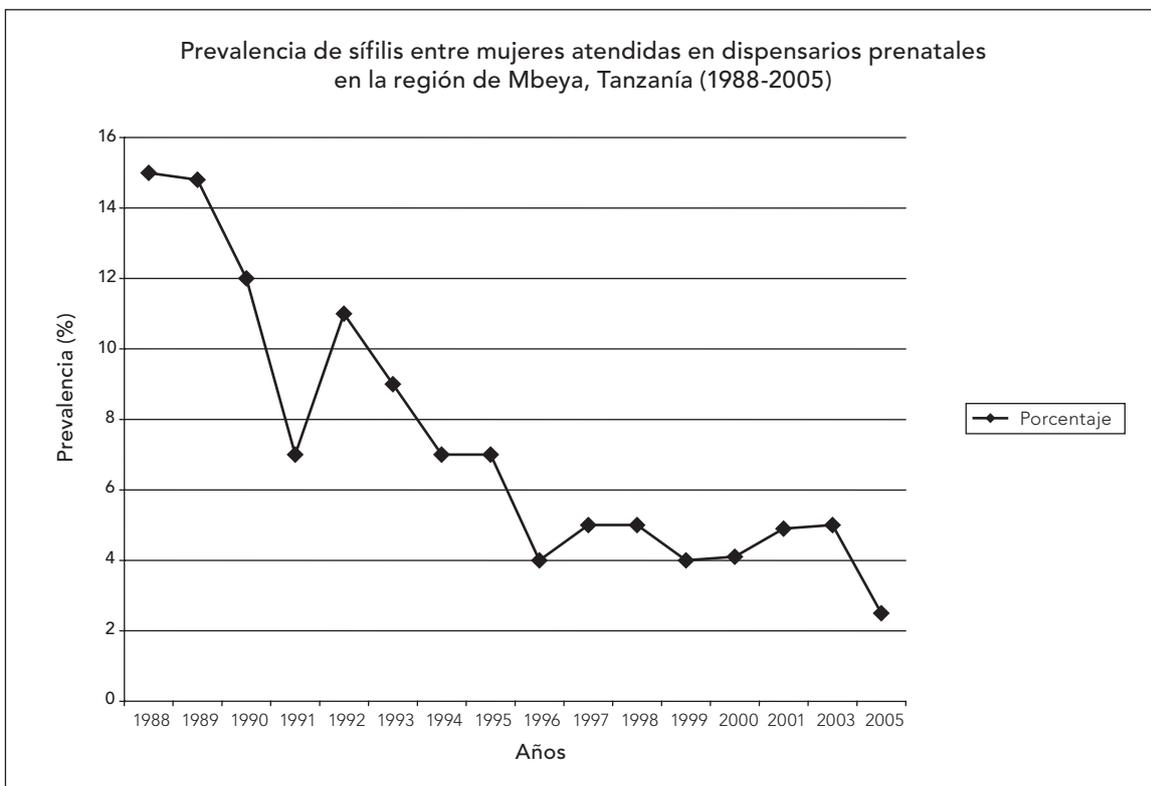
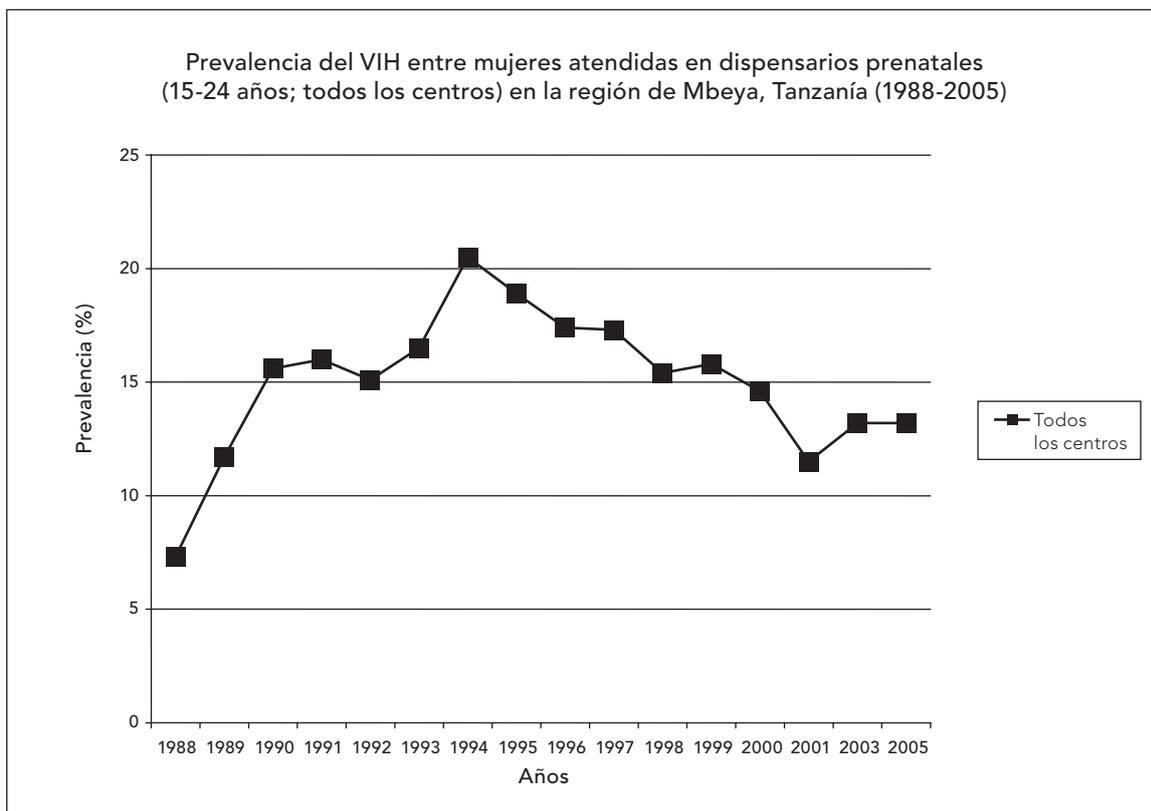
Distrito	Población (2002)	Población por centro sanitario (2002)	Porcentaje de la población por debajo del nivel de pobreza (2000/01)	Porcentaje de niños menores de 18 años que son huérfanos (2002)	Tasa neta de matriculación en educación primaria (2004)	Tasa de mortalidad infantil (2002)
Chunya	206.615	6.056	25	10,1	68	165
Ileje	110.194	4.776	31	10,7	81	146
Kyela	174.470	6.438	24	19,4	84	172
Mbarali	234.908	4.877	13	11,2	72	192
Mbeya (rural)	254.897	6.197	31	13,2	81	–
Mbeya (urbana)	266.422	6.640	12	16,2	95	106
Mbozi	515.270	11.944	21	10,2	78	165
Rungwe	307.270	5.375	32	17,4	78	170
Total	2.070.046					

Fuente: República Unida de Tanzania. Informe sobre Pobreza y Desarrollo Humano, 2005, p. 108f.

La región se caracteriza por una diversidad de grupos religiosos y étnicos, como nyakyusa, safwa y wandali, para mencionar sólo los principales. Sin embargo, casi todo el mundo habla y entiende *swahili*. No hay conflictos étnicos.

2. Desarrollo de la epidemia de VIH en la región

En 1988 se llevó a cabo el primer ejercicio de vigilancia centinela del VIH entre mujeres embarazadas que acudían a dispensarios prenatales, y se identificó una prevalencia del VIH del 3,4%. En los años siguientes, la prevalencia aumentó de forma continua hasta superar el 20% en 1994. En 1995, la prevalencia del VIH se estabilizó, y después empezó a disminuir en todos los sectores, con independencia de sus características demográficas. Al principio, el descenso fue muy acusado, pero luego prosiguió a un ritmo más lento; en 2005, la prevalencia había disminuido hasta el 13,2%, lo que supone una reducción de la incidencia superior al 50%. Esta tendencia se observó en mujeres jóvenes de 15-24 años, que representan una parte importante de la población sexualmente activa con mayores probabilidades de haberse infectado recientemente. El descenso en la prevalencia del VIH en esta población creciente podría ser debido a la mortalidad, pero es más probable que sea consecuencia de una reducción real de las nuevas infecciones por el VIH (incidencia), lo que sugiere que el curso de la epidemia ha cambiado en la región.



En la región eran habituales otras infecciones de transmisión sexual, como sífilis, chancro blando, infección por clamidias y blenorragia, y las enfermedades ulcerosas genitales mostraban aproximadamente la misma distribución que las enfermedades supurativas. Debido a la disponibilidad de servicios para infecciones de transmisión sexual en todos los centros sanitarios, el número de pacientes primero aumentó, pero después empezó a disminuir. Como consecuencia de estas medidas de control, también ha disminuido la infección sifilítica. La vigilancia centinela anual de la sífilis entre mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales reveló una prevalencia del 15% en 1989, que disminuyó hasta el 2,5% en 2005.¹²

¹² Para una revisión más detallada de la evolución de la epidemia de VIH en Mbeya, véase Jordan-Harder B et al (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behaviour change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18: 287-294.

La respuesta multisectorial al VIH en la región

1. El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya: una visión histórica (1987-2000)¹³

El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya se inició en 1988 como parte del Programa Nacional de Control del Sida de Tanzania. En el contexto de los Planes Nacionales a Medio Plazo sobre el VIH/sida I, II y III, la región construyó su programa confiando básicamente en las estructuras existentes del Ministerio de Salud a nivel regional y de distrito. Los principales actores en aquella época era el Funcionario Médico Regional, el Coordinador Regional para el Control del Sida, los Funcionarios Médicos de Distrito, los Coordinadores de Distrito para el Control del sida y los formadores de capacitadores (uno por distrito). En consonancia con las recomendaciones del momento, el Programa Regional estaba orientado principalmente al sector sanitario, con unas pocas iniciativas en otros sectores como educación y desarrollo comunitario.

Desde sus comienzos, el Programa Regional ha contado con el apoyo de Alemania a través de la GTZ y la Universidad de Munich, que entre 1989 y 2000 aportaron aproximadamente el 80-90% de los recursos financieros y materiales disponibles para afrontar el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Otros asociados externos eran el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido (que brindó apoyo en cuestiones de infraestructura sanitaria y formación); la Comunidad Europea, que aseguró la distribución continua de medicamentos para tratar infecciones de transmisión sexual, y el Organismo Danés para el Desarrollo Internacional (DANIDA), que apoyó el sistema de transporte esencial para las tareas de supervisión y otras.

Las principales estrategias y áreas de trabajo que llevó a cabo el Programa Regional durante este periodo fueron:

- Control de las infecciones de transmisión sexual.
- Promoción de la salud mediante un comportamiento sexual más seguro, y reducción de la discriminación y el estigma tanto en la población general como en grupos específicos, como jóvenes y profesionales del sexo.
- Promoción de los preservativos, incluida la comercialización social.
- Servicios de asesoramiento y atención a domicilio para las personas que viven con el VIH y sus familias.
- Apoyo de laboratorio para el VIH/infecciones de transmisión sexual.
- Promoción y establecimiento de procedimientos de seguridad en el sistema sanitario, incluida la transfusión de sangre segura.
- Control de las tendencias en la prevalencia del VIH y las infecciones de transmisión sexual mediante vigilancia centinela anual.
- Defensa pública ante los estamentos políticos decisorios de la región y los distritos.
- Formación regular, supervisión e investigación operativa.

¹³ Para una descripción más detallada y un análisis del trabajo y las estructuras del Programa entre 1988 y 2000, sírvase consultar la publicación de Jordan-Harder B et al (2000). Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region.

Gracias a este enfoque integral basado en el sector sanitario, el Programa Regional estuvo en condiciones de:

- Cubrir casi toda la región de dos millones de habitantes con programas esenciales para el VIH/ infecciones de transmisión sexual.
- Proporcionar servicios para infecciones de transmisión sexual en el 85% de los centros sanitarios de la región.
- Reducir la prevalencia del VIH entre las mujeres atendidas en dispensarios prenatales, de más del 20% en 1994 al 15% en 1999.
- Reducir la prevalencia de la sífilis entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, del 15% en 1989 al 4% en 1999.
- Proporcionar asesoramiento y pruebas a casi 9.000 personas anuales en 1999.
- Incrementar en un 10% anual el uso de preservativos (mediante su distribución gratuita y comercialización social), lo que, en 1999, convirtió a Mbeya en la región de Tanzania con una mayor utilización de preservativos comunicada.
- Proporcionar atención a domicilio a cerca del 60% de todos los pacientes que se estima que tenían sida.

Estos resultados impresionantes demostraban que, en una región esencialmente rural con tasas elevadas de prevalencia e incidencia del VIH, era posible controlar la epidemia mediante la aplicación continua y sistemática de las estrategias de prevención y control recomendadas en aquella época. El Programa Regional confió básicamente en las capacidades existentes a nivel regional y de distrito, y contó con el apoyo continuo de asociados externos.

En el momento de la creación de la TACAIDS en 2001 y el desarrollo del Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida en 2003, Mbeya había sentado los cimientos para maximizar la eficacia de este nuevo enfoque. Al mismo tiempo se establecieron nuevas estructuras jurídicas a nivel comunitario y de distrito; en concreto, los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida, que se formaron como comités permanentes bajo la dirección de los Consejos de Distrito. Aunque en el pasado el Programa Regional —que había sido impulsado en gran medida por el sector sanitario— había colaborado con otros sectores como educación y desarrollo comunitario, tal colaboración había sido espoleada principalmente por el sector sanitario. Ahora, los diferentes sectores eran los encargados de desarrollar sus propios enfoques para la integración del VIH. Del mismo modo, mientras que en el pasado los distritos de Mbeya se habían mostrado sensibles y habían emprendido muchas de las actividades sobre el sida, a partir de ese momento su papel se codificó política y administrativamente, y la responsabilidad pasó a recaer formalmente sobre sus espaldas.

El apartado 3.2 describe los nuevos elementos del enfoque multisectorial basado en los distritos y comunidades, así como la prosecución de los programas satisfactorios existentes.

2. Hacia un programa regional multisectorial integral (2001-2005)

2.1. Dimensión organizativa y planes

El Programa Regional operaba a nivel regional.¹⁴ En consonancia con las Reformas del Gobierno Local de 1997 y 1999, las regiones dejaron de ser ejecutoras de proyectos y programas y empezaron a crear capacidad dentro de las autoridades gubernamentales locales, proporcionando asesoramiento técnico, supervisando las tareas de desarrollo y coordinación y asegurando un clima favorable para instaurar y dispensar servicios al público. En pocas palabras, las regiones cambiaron su papel de proveedoras por el de facilitadoras.

¹⁴ Para un análisis detallado del papel del PRCSM a nivel regional y de distrito en aquella época, véase «Hope for Tanzania», p. 29.

2.1.1. Las autoridades gubernamentales locales a nivel de distrito, circunscripción electoral y aldea: papel y funcionamiento de los Comités del sida

Antes de 2003, algunos distritos ya habían estado fuertemente implicados en actividades de control del VIH. El Equipo de Administración Sanitaria del Consejo, con el Funcionario Médico de Distrito y el Coordinador de Distrito para el Control del Sida como miembros clave del personal, fue determinante en las actividades sobre el sida en diversos distritos. Los Consejos de Distrito y los Equipos de Administración de Distrito, de ámbito multisectorial, abordaban la problemática del VIH a intervalos regulares, y sus miembros habían experimentado un proceso significativo de sensibilización sobre el VIH a lo largo de los años. Los Comités de Distrito sobre Atención Primaria de Salud también contribuían a la respuesta al VIH, pero sus capacidades y niveles de compromiso variaban ampliamente entre los distritos; pocos funcionaban regularmente.

Desde 2003, las autoridades gubernamentales locales han constituido los puntos focales para la ampliación progresiva de los programas sobre el VIH. Con el fin de establecer un mecanismo eficaz de coordinación para la respuesta multisectorial al VIH, se consideró necesario crear comités del sida dentro del marco organizativo de las autoridades gubernamentales locales a nivel de ciudad, municipio, distrito, circunscripción electoral, aldeas «Mtaa» y «Kitongoji». En enero de 2003, por orden de la Oficina de Administración Regional y Gobierno Local del Presidente, se definieron la composición y funciones de los comités a diferentes niveles.

Nivel de distrito

En 2003 y 2004 se estableció un Comité Multisectorial del Consejo sobre el Sida como cuarto comité permanente¹⁵ dentro de todos los Consejos de Distrito de Tanzania.¹⁶ Estos nuevos comités se contemplaban como el motor de la respuesta al VIH a nivel comunitario y de distrito debido a su proximidad con las comunidades y su capacidad para adaptarse a las circunstancias locales.

Los miembros del Comité Multisectorial del Consejo sobre el Sida incluían:

- Un presidente: el Honorable Vicepresidente o Alcalde del Consejo.
- Un secretario: el Director Ejecutivo del Consejo.
- Dos miembros seleccionados del Parlamento a nivel de consejo.
- Dos concejales seleccionados de la circunscripción electoral (un hombre y una mujer).

Miembros por cooptación:

- Un presidente del Consejo del VIH.
- Dos representantes de jóvenes (un muchacho y una muchacha).
- Dos representantes de organizaciones religiosas (uno musulmán y uno cristiano).
- Dos representantes de personas que viven con el VIH (un hombre y una mujer).
- Un representante de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo del VIH.
- Cinco representantes de otros sectores pertinentes (educación, salud, bienestar social, planificación y desarrollo comunitario).

Los principales papeles y funciones de los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida son:

- Supervisar la formación de comités del sida a todos los niveles (circunscripciones electorales, aldeas, etc.).

¹⁵ Los otros comités permanentes son: Finanzas, Administración y Planificación; Salud, Educación y Agua, y Trabajo, Recursos Naturales y Medio Ambiente.

¹⁶ La estructura organizativa de los distritos se ilustra en la figura del Anexo 1.

- Elevar la sensibilización sobre el VIH entre las comunidades e individuos.
- Valorar y comprender la situación del VIH dentro del distrito: número de personas afectadas (enfermos, huérfanos, viudas), incidencia y factores concretos que contribuyen a la propagación del VIH.
- Proporcionar asesoramiento sobre políticas y reglamentos relativos a la programación para el VIH a diferentes niveles.
- Valorar la capacidad e intereses de las diferentes partes implicadas en las actividades de control del VIH, incluidas organizaciones no gubernamentales, religiosas, comunitarias, gubernamentales e internacionales.

Basándose en estas valoraciones, los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida están encargados de asegurar que los Consejos de Distrito desarrollen planes integrales de prevención, atención¹⁷ y mitigación del VIH, con la participación de los diferentes grupos interesados, y que las comunidades coordinen y supervisen la ejecución de los planes. Se espera que estos planes integrales formen parte inherente del Plan de Desarrollo del Distrito, de ámbito más global.

Aunque en el pasado los Consejos de Distrito habían participado en actividades de control del VIH, al menos en algunos distritos, este nuevo foco les confería una nueva responsabilidad. Con la excepción del Coordinador de Distrito para el Control del Sida y, en algunos casos, de los formadores de capacitadores, los distritos tenían escasa capacidad específica en materia de sida. Por consiguiente, el principal desafío consistía en generar capacidad a nivel de distrito. Con el apoyo de la GTZ y la Universidad de Heidelberg, TACAIDS desarrolló y organizó un exhaustivo programa nacional de formación para los miembros de los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida y las autoridades regionales.¹⁸ Como en todos los demás distritos de Tanzania, representantes de la región de Mbeya participaron en estos cursos de formación durante 2004 y 2005.

En el pasado, los Consejos de Distrito habían tenido una financiación limitada para actividades de control del VIH. Ni siquiera se podían celebrar reuniones regulares porque no se disponía de asignación presupuestaria. Durante el ejercicio fiscal 2006-2007, los distritos recibirán aproximadamente TSH 330 (US\$ 0,25) per cápita a través de una subvención para el sida del Ministerio de Finanzas. La cantidad de dinero asignada a cada distrito variará en función de una serie de criterios, como índice de pobreza y tamaño de la población. El Fondo para la Respuesta Comunitaria al Sida aportará financiación adicional para apoyar a las organizaciones de la sociedad civil (véase, más abajo, el subapartado titulado «Nivel comunitario»). Por primera vez, los distritos y comunidades tendrán una base sustancial de financiación para el control del VIH.

Después de su institución y formación pertinente, los nuevos Consejos de Distrito empezaron a operar entre 2004 y 2005. En agosto de 2005, TACAIDS encargó al grupo de capacitadores responsable de la formación que llevara a cabo la primera valoración de rendimiento mediante visitas de apoyo y seguimiento centradas tanto en los logros y fuerzas como en las carencias y desafíos. Se visitaron todos los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida. Los hallazgos más importantes de esta valoración fueron los siguientes:

- La mayoría de los comités había respetado las directrices generales, como composición, regularidad y actas de las reuniones, etc. La participación era buena con excepción de los miembros del Parlamento.
- Se habían clarificado las diferentes funciones de los miembros del comité.

¹⁷ El despliegue de tratamiento antirretrovírico es un programa organizado y ejecutado a nivel nacional. Los distritos no establecen sus propios objetivos ni asumen la preparación de los centros de tratamiento.

¹⁸ Los módulos de formación, que se desarrollaron con la ayuda del EVAPLAN de la Universidad de Heidelberg (Alemania), se centran en promoción, realidades básicas sobre el VIH y el sida, factores socioculturales de la epidemia, gestión participativa y comunicación eficaz.

- Los miembros habían participado en una valoración de las organizaciones de la sociedad civil auspiciada por la Agencia Regional de Facilitación (véase, más abajo, el subapartado titulado «Nivel comunitario»).
- La mayoría de los comités había asegurado que el VIH se integrara dentro de los Planes de Desarrollo del Consejo.¹⁹
- Los comités no aportaron información o retroalimentación acerca de los comités de circunscripción electoral y aldea. Puesto que en 2005/2006 los Consejos de Distrito no disponían de fondos presupuestados, no se habían llevado a cabo actividades sistemáticas de generación de capacidad o formación a nivel de circunscripción electoral o aldea. Sin embargo, en los presupuestos de 2006/2007 se habían incluido aparentemente iniciativas de formación para la mayoría de circunscripciones electorales y aldeas.

En agosto de 2005, en un seminario nacional en el que se discutieron los hallazgos de la valoración, se criticó en general a los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida por su lentitud y por contemplar el VIH como «una cuestión más», y también por su falta de liderazgo y energía. La ausencia casi universal de miembros del Parlamento se citó como ejemplo paradigmático de la falta de liderazgo. Esta crítica también puede aplicarse a los comités de Mbeya, ya que los miembros del Parlamento local no participaban en las reuniones regulares. Sin embargo, dado que no hay una valoración nacional comparativa de rendimiento, no se sabe si los Comités Multisectoriales del Consejo de Mbeya sobre el sida son más eficaces que los de otras regiones.

Una de las actividades fundamentales de los comités es el desarrollo de un plan de acción integrado sobre el sida para los distritos. TACAIDS había proporcionado algunas directrices generales sobre planificación, pero no orientación acerca de un conjunto esencial o básico de programas sobre el VIH para su ejecución en los distritos.²⁰ Gracias a las experiencias pasadas del Programa Regional de Control del Sida de Mbeya y al trabajo de la GTZ como Agencia Regional de Facilitación en Mbeya (véase, más abajo, el subapartado titulado «Coordinación, apoyo y supervisión a nivel regional»), la GTZ organizó un seminario de dos días para todos los comités y otras organizaciones de la región sobre cómo incluir programas básicos y eficaces en sus planes.

Un análisis crítico de los componentes del VIH en los Planes de Desarrollo de Distrito arrojará nueva luz sobre la capacidad de los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida para actuar como motor contra la epidemia a nivel local. La prueba final será, entonces, la capacidad de los comités para avanzar de la planificación a la ejecución; promover y apoyar actividades de calidad; llegar a un mayor número de personas, y ampliar los esfuerzos de prevención, atención y mitigación más allá de las estructuras y redes existentes. No obstante, tal como han enseñado las experiencias del Programa Regional de Control del Sida de Mbeya en el periodo 1988–2000, pueden ser necesarios varios años para desarrollar capacidad suficiente a nivel local y demostrar que los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida son capaces de cumplir las expectativas que se habían generado con su creación.

Nivel de circunscripción electoral y aldea

Los comités a nivel de circunscripción electoral y aldea siguen, en su composición y funciones, a los de nivel de distrito. Aunque en la región de Mbeya se ha creado oficialmente el 100% de los comités de circunscripción electoral y aldea, pocos de ellos han empezado a operar porque todavía carecen de la formación y las directrices necesarias. Algunos comités de circunscripción electoral, como el de la ciudad de Mbeya, han participado en esfuerzos de sensibilización y están apoyando a personas que viven con el VIH.

¹⁹ No pudo revisarse y documentarse ningún Plan de Desarrollo del Consejo en el que ya se hubiera incorporado la problemática del VIH porque en ese momento (mayo de 2006) todavía estaban siendo revisados por los comités financieros y técnicos pertinentes.

²⁰ TACAIDS está en proceso de identificar este conjunto esencial, y probablemente proporcionará a los distritos orientación sobre planificación para el año fiscal 2007/2008.

Nivel comunitario: organizaciones de la sociedad civil

A nivel comunitario, cabe esperar que las organizaciones de la sociedad civil actúen como impulsoras fundamentales y «correas de transmisión» de la sensibilización y movilización comunitarias. La principal ventaja de estas organizaciones populares es su proximidad con las comunidades respectivas. Conocen bien a la gente; a través de ellas es probable que los esfuerzos de atención y apoyo a las personas que viven con el VIH y los niños huérfanos por el sida se dirijan a quienes más los necesitan. Al mismo tiempo, conforme el apoyo llega a la comunidad, más y más personas VIH-positivas reconocen que están infectadas. De esta forma se inicia una discusión sobre el VIH, y es probable que se reduzca gradualmente el estigma, con el resultado consiguiente de que un mayor número de personas acepte los servicios de atención y tratamiento.

Con apoyo del Banco Mundial, TACAIDS tuvo a su disposición un Fondo para la Respuesta Comunitaria al Sida a través del cual podía financiar a organizaciones de la sociedad civil e iniciativas comunitarias. Aunque estos grupos desempeñan un papel importante, a menudo carecen del conocimiento técnico necesario sobre prevención del VIH y sobre cómo iniciar e involucrar a las comunidades en cambios de comportamiento para reducir el riesgo de exposición al virus. Muchos de estos grupos sólo empezaban a participar en actividades de prevención y atención del VIH cuando disponían de financiación. Por consiguiente, era necesaria una valoración crítica de las capacidades y el potencial de las organizaciones de la sociedad civil. TACAIDS y GTZ desarrollaron conjuntamente una Herramienta de Mapeo y Valoración de Capacidad de la Sociedad Civil con el fin de analizar el potencial de estos grupos y proporcionarles, cuando fuera necesario, apoyo para la generación de capacidad.

En cada región se encomendó a la Agencia Regional de Facilitación que dirigiera esta valoración de forma concertada con miembros de los comités y organizaciones de la sociedad civil. El hecho de que miembros de los gobiernos locales y la sociedad civil se involucraran rápidamente en la valoración favoreció el desarrollo de asociaciones entre estas partes interesadas. En cada distrito de la región de Mbeya se identificaron entre tres y ocho de las organizaciones más prometedoras de la sociedad civil, a las que se proporcionó apoyo para la generación de capacidad. De estas organizaciones, solamente un tercio tenía experiencia previa en trabajos relacionados con el VIH. Algunas formaban parte de organizaciones nacionales o internacionales o de redes de organizaciones no gubernamentales. Por motivos de capacidad, la Agencia Regional de Facilitación sólo pudo centrarse en las organizaciones de mayor envergadura durante el primer año de valoración.

En cada distrito, todas las organizaciones seleccionadas elaboraron propuestas con el apoyo y la revisión de la Agencia Regional de Facilitación, y TACAIDS aceptó sus peticiones de financiación. La mayoría de las organizaciones de la sociedad civil están enfocadas a la prevención del VIH, a través de información y educación —especialmente entre los jóvenes no escolarizados—, o a la provisión de atención domiciliaria a individuos y familias infectados o afectados por el VIH, incluidos pequeños proyectos pensados para proporcionar un apoyo básico a huérfanos y viudas. Algunas organizaciones bien establecidas de la sociedad civil también han recibido el encargo de auspiciar y proporcionar formación a grupos más reducidos.

Organizaciones de base comunitaria en la región de Mbeya: dos ejemplos

Upendo (que significa «amor» en *swahili*), en el distrito de Rungwe, se dedica al cuidado de huérfanos y personas que viven con el VIH. Después de un breve cursillo de formación sobre estrategias comunitarias de atención a los huérfanos (impartido por el Ministerio de Bienestar Social de Tanzania), el grupo movilizó a la comunidad para apoyar a huérfanos, viudas y personas que viven con el VIH. Se abrieron cuentas bancarias en cada aldea del área de operación, y actualmente los miembros de la comunidad son capaces de proporcionar apoyo con una ayuda externa mínima. Este proyecto demuestra que los grupos de base comunitaria pueden ser muy útiles para iniciar esfuerzos de autoayuda.

SHDEPHA+ (la organización tanzana que aglutina a las personas que viven con el VIH) tiene filiales en la mayoría de los distritos de Tanzania. La filial del distrito de Mbarali se dedica a proporcionar atención domiciliaria en varias aldeas. El grupo explica inicialmente a los aldeanos la importancia de apoyar a las personas que viven con el VIH, imparte formación a algunos miembros y suministra equipos de atención a domicilio. Además, ofrece información sobre el VIH a los miembros de la comunidad. La valoración reveló que las comunidades están muy satisfechas con la información y el apoyo y que aprecian en gran medida el trabajo que realizan estos grupos.

Coordinación, apoyo y supervisión a nivel regional

Estamentos no gubernamentales

- **Agencia Regional de Facilitación**

El desarrollo más interesante e innovador a nivel regional es la creación de la Agencia Regional de Facilitación, encargada por TACAIDS y financiada a través del proyecto T-MAP del Banco Mundial. Estos organismos, que pueden ser gestionados por tanzanos o desde el extranjero, colaboran, bajo la supervisión de TACAIDS, para reforzar los procesos de las respuestas comunitarias y de distrito, tal como señaló el General de División retirado Lupogo, de TACAIDS, en un seminario para las agencias celebrado en noviembre de 2005:

Tenemos que trabajar con los líderes regionales para llegar eficazmente a los distritos y comunidades. Las ARF [Agencias Regionales de Facilitación] se conceptualizaron expresamente como extensión de TACAIDS. Las ARF son los brazos, ojos y oídos de TACAIDS para forjar la coordinación vital entre regiones, distritos y comunidades, al tiempo que se acrecienta la capacidad de las OSC [organizaciones de la sociedad civil] para que lleven a cabo sus diversas intervenciones comunitarias. Creemos firmemente que la ejecución eficaz por parte de las ARF de sus funciones y responsabilidades no sólo añadirá nuevo vigor y energía a nuestras iniciativas multisectoriales, sino que también proporcionará la velocidad necesaria para desarrollar intervenciones pertinentes basadas en la comunidad a través de asociaciones públicas y privadas a nivel comunitario.²¹

Las Agencias Regionales de Facilitación están encargadas de:

- Efectuar un mapeo de la sociedad civil.
- Recibir, seleccionar y asesorar propuestas de organizaciones de la sociedad civil.
- Asegurar el desembolso de fondos, la responsabilidad y una auditoría periódica del Fondo para la Respuesta Comunitaria al Sida.
- Proporcionar atención técnica de calidad a las organizaciones de ejecución.
- Reforzar la capacidad de las autoridades gubernamentales locales, los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida y las organizaciones de la sociedad civil.

²¹ TACAIDS (2005). Actas del Seminario de Enseñanzas Aprendidas para las Agencias Regionales de Facilitación, noviembre de 2005.

La selección de las Agencias Regionales de Facilitación se realizó por medio de un proceso de licitación competitiva. GTZ, que había sido el organismo facilitador fáctico entre 1988 y 2002, ganó el contrato para Mbeya (y Rukwa).²² La Agencia Regional de Facilitación para Mbeya se estableció en 2005 y empezó a ser plenamente operativa en febrero de 2006. Consta de un jefe de equipo, un funcionario médico con formación en salud pública, un científico social, un contable y el personal de apoyo necesario (secretaria, conductor, etc.). El contrato inicial es para tres años.

El rendimiento de cada Agencia Regional de Facilitación se valora por el número de organizaciones ejecutoras que han recibido formación y por el número de peticiones de subvención aprobadas como porcentaje de las peticiones recibidas. Durante la valoración de las organizaciones de la sociedad civil efectuada en los ocho distritos de Mbeya en agosto de 2005, se comprobó que el trabajo de la Agencia Regional de Facilitación era bien valorado por las autoridades gubernamentales locales y los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida, y también por las organizaciones de la sociedad civil.

Las actividades de trazado de mapas de la sociedad civil, generación de capacidad (incluida la redacción de propuestas) y apoyo se completaron en los plazos estipulados, y las propuestas de las organizaciones de la sociedad civil se seleccionaron y remitieron a TACAIDS. En la región de Mbeya se desarrollaron 49 propuestas (28 de organizaciones no gubernamentales, 18 de organizaciones religiosas y tres de organizaciones comunitarias), con un valor total superior a TSH 250.000. Se aceptó financiar la totalidad de las 49 propuestas. Además, la Agencia Regional de Facilitación proporcionó apoyo para los procesos de planificación de los ocho Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida en Mbeya.

Estamentos gubernamentales

Las Agencias Regionales de Facilitación no son una estructura del gobierno tanzano a nivel regional. Aunque las regiones perdieron un cierto poder e influencia con las reformas del gobierno local de 1997 y 1999, todavía desempeñan un papel por lo que respecta a apoyo y control de las autoridades gubernamentales locales de rango inferior.

- **Comisionado Regional**

Como principal representante del gobierno en las regiones, el Comisionado Regional ejecuta y coordina todos los servicios de desarrollo y apoyo ministerial para las autoridades locales y otras organizaciones dentro de la región. A través de la Secretaría Regional, el Comisionado Regional proporciona apoyo técnico y de políticas a las autoridades locales; facilita la coordinación entre los sectores público y privado; supervisa y vigila el rendimiento, y promueve un entorno que permita funcionar eficazmente a todos los actores en la región.

- **Secretario Administrativo Regional**

El Secretario Administrativo Regional es el jefe de la Secretaría Regional y principal asesor del Comisionado Regional por lo que respecta al funcionamiento de todos los servicios de desarrollo y apoyo administrativo a las autoridades locales y demás organizaciones locales de la región.

- **Secretario Administrativo Adjunto como Jefe de Agrupación**

El Secretario Administrativo Adjunto coordina el trabajo de generación de capacidad con las autoridades gubernamentales locales y proporciona liderazgo y apoyo para la creación de capacidad a la agrupación respectiva, que en el caso del control del VIH es la Agrupación Social.

- **La Secretaría Regional**

La Secretaría Regional es el representante del gobierno central en la región. Constituye un recurso técnico en múltiples áreas de competencia para apoyar las iniciativas de desarrollo local y conectar los gobiernos central y locales. La Secretaría ayuda a las autoridades gubernamentales locales en la región

²² Cada Agencia Regional de Facilitación tenía que asumir la responsabilidad de dos regiones simultáneamente (con la excepción de Dar es Salaam).

para que lleven a cabo sus responsabilidades, y supervisa, apoya y vigila sus actividades y las de los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida. Se supone que esta función forma parte integral del apoyo regular a los distritos, de modo que la supervisión y apoyo se ejecutan en el contexto de actividades y reuniones regionales regulares. No hay un comité asesor, ni una estructura adicional ni un presupuesto separado para el apoyo al VIH. Sin embargo, se ha contratado a una persona focal para que supervise las actividades de control del VIH en los distritos y coordine el apoyo regional.

La Agencia Regional de Facilitación también apoya a la Secretaría Regional mediante la creación de capacidad. Esto es especialmente importante porque, fuera del sector sanitario, la mayor parte del personal de la Secretaría Regional sólo tiene una experiencia limitada en el campo del VIH. Para aumentar la capacidad, la Agencia Regional de Facilitación trabaja en estrecha colaboración con la persona focal contratada y otros miembros clave de la Secretaría Regional; por ejemplo, el funcionario de bienestar social que coordina el apoyo a los huérfanos. Estos miembros participan en actividades de formación, supervisión y vigilancia.

2.1.2. El papel y contribución de los asociados externos

El Gobierno alemán

El Gobierno alemán ha apoyado continuamente actividades de control del VIH en la región de Mbeya, desde septiembre de 1989 hasta el momento actual. Desde 2002, el apoyo se ha canalizado como parte del Programa Tanzano-Alemania de Apoyo a la Salud (PTAAS). Aparte de los componentes específicos relacionados con el VIH, otros componentes —como salud sexual y reproductiva, control de calidad y financiación sanitaria— complementan y confieren sinergia a este planteamiento.²³ Al mismo tiempo, el PTAAS asesora y apoya el desarrollo de políticas y estrategias nacionales validando las experiencias de las regiones.

El apoyo alemán al Programa Regional de Control del Sida de Mbeya ha resultado crucial en dos aspectos.

1. Apoyo financiero. Hasta 2002, cuando pudo disponerse de fondos y recursos sustanciales para actividades sobre el VIH a nivel regional y de distrito gracias a los mecanismos mundiales de financiación, la contribución alemana representó el 80-90% de los recursos disponibles en la región. La contribución nacional en esa época se limitaba a unos pocos profesionales especializados, la cesión de un edificio para las oficinas del proyecto y un apoyo financiero ocasional (y a menudo poco fiable) tramitado a través del Programa Nacional de Control del Sida y el Ministerio de Salud. Desde 2002, el PTAAS ha canalizado fondos que se elevan aproximadamente a US\$ 250.000 anuales, y ha sufragado los costos del coordinador local, así como actividades para programas específicos, formación, seguimiento y adiestramiento compasivos, desarrollo y ejecución de enfoques innovadores, material para la promoción de la salud y apoyo adicional para proyectos (como secretarías, conductores, personal de limpieza, vehículos).

2. Asesoramiento técnico y capacidad gerencial. Entre 1989 y 1998 hubo siempre un coordinador alemán en Mbeya que intervenía en todos los aspectos del trabajo sobre el VIH. Esta participación duradera de expertos alemanes constituyó un elemento crucial de apoyo e inspiración para los asociados nacionales al ayudarlos a resolver problemas y asegurar criterios de calidad en los aspectos técnico, financiero y gerencial. En 1998 asumió la responsabilidad un coordinador nacional, con el apoyo y asesoramiento del coordinador alemán.

Desde finales de 2002, el programa regional ha estado coordinado totalmente por el equipo regional autóctono. El personal del PTAAS proporciona apoyo tres veces al año durante una semana.

²³ El PTAAS también apoya a las regiones de Tanga, Lindi y Mtwara con un enfoque similar que aprovecha la experiencia ganada en Mbeya.

Apoyo de otros asociados

1987-2001

En los años anteriores a 2001, el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya también contó con el apoyo directo o indirecto de otros asociados. El Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido contribuyó al mantenimiento y reconstrucción de muchos de los centros sanitarios periféricos, la formación de personal y actividades importantes en el campo de la salud familiar y reproductiva. El DANIDA, de Dinamarca, apoyó el área crítica del sistema nacional de transporte. La Comunidad Europea financió la provisión de medicamentos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual a través del Proyecto Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual. Otras organizaciones y actores, como el UNICEF y grupos de voluntarios, aportaron apoyo para educación sanitaria, servicios sociales e infraestructuras, todo lo cual contribuyó a reforzar las actividades sobre el VIH. En el momento de redactar el presente informe (2006), todos estos donantes extranjeros habían concluido su apoyo a la región.

2001-2006

Con la mayor disponibilidad de fondos a nivel mundial, un número creciente de asociados se ha ido incorporando al Programa Regional desde 2001.

La Universidad de Munich inició un programa de investigación en ciencia básica, acompañado por una investigación operativa pertinente centrada principalmente en trabajadoras de bares, muchas de las cuales corren un alto riesgo de exposición al VIH (véase el cuadro en el apartado 3.2.2).

La Fundación Walter Reed, presente ya como asociado colaborador en el proyecto de investigación de la Universidad de Munich, y con el fin de preparar la región para el ensayo de una vacuna contra el VIH, se ha convertido en uno de los ejecutores del Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), en el contexto del Programa de Atención para el VIH en las Tierras Altas Meridionales. El principal foco de la fundación es proporcionar fondos y atención técnica para apoyar el despliegue de tratamiento antirretrovírico. La fundación también ha respaldado algunas actividades de prevención del VIH, aunque sin atención técnica.

La región también ha aprovechado la financiación concedida por el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para emprender iniciativas de control de la tuberculosis, servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y provisión de tratamiento antirretrovírico en la totalidad de sus ocho distritos.

Axios International, creado por Abbott Laboratories, apoya el asesoramiento y pruebas voluntarias y la atención para huérfanos en dos distritos de Mbeya, así como la prevención de la transmisión materno-infantil en un tercero.

La organización no gubernamental internacional «Students' Partnership Worldwide» apoya actividades de educación para la prevención de la transmisión del VIH en escuelas secundarias de dos distritos.

Así pues, la cooperación externa en el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya se caracteriza por dos elementos: la continuidad ininterrumpida de un gran asociado (el Gobierno alemán), especialmente durante los primeros 15 años, y una red cada vez más compleja de asociados en los últimos tiempos. Aunque no hay una estructura formal en la que todos los asociados se sienten juntos a fin de revisar las actividades y planes para la siguiente fase, con los años Mbeya ha desarrollado relaciones armoniosas de trabajo en las que los diferentes actores regionales y externos se conocen mutuamente, intercambian información y cooperan en gran medida para beneficio de la región. El compromiso de los asociados externos durante casi dos décadas y su orientación de acuerdo con las directrices y estrategias nacionales son elementos significativos en el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya.

2.2. Ampliación progresiva de la prevención, tratamiento y mitigación del sida

Las siguientes páginas esbozan programas y estrategias fundamentales de prevención que se han llevado a cabo en Mbeya. Muchas de estas estrategias se desarrollaron e introdujeron hace bastantes años.²⁴ Otras, como la prevención de la transmisión materno-infantil y los programas en el lugar de trabajo, se han desarrollado e implantado en fechas más recientes para complementar los programas existentes. Todas están en consonancia con estrategias recomendadas a nivel nacional e internacional para frenar la transmisión del VIH y forman parte del Marco Estratégico Nacional.²⁵ El foco aquí radica en la cobertura, o acceso creciente, con el fin de captar el proceso de expansión de estos programas y servicios fundamentales a un número cada vez mayor de personas en la región. Los programas y servicios siguen directrices y recomendaciones técnicas a nivel nacional. Existe una necesidad obvia de discusiones técnicas continuadas sobre cuestiones tales como los medios idóneos para maximizar el acceso a pruebas voluntarias o retener y motivar a los educadores inter pares. Las futuras revisiones nacionales o regionales tendrán que valorar aspectos tanto de calidad como de cobertura de los programas y servicios.

Prevención

- **Control de infecciones de transmisión sexual**

El control de las infecciones de transmisión sexual —la mayoría de ellas tratables y curables— figura entre las acciones más eficaces que pueden emprenderse para contribuir a reducir la transmisión del VIH. Los programas sobre infecciones de transmisión sexual en Mbeya comprenden dos actividades diferentes: (i) detección sistemática de sífilis entre las mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales —y, a ser posible, también entre sus parejas—, y propuesta de tratamiento si es necesario, y (ii) atención global para los casos de infecciones de transmisión sexual utilizando un enfoque sindrómico, incluida la promoción de comportamientos sexuales más seguros. La promoción de la salud a nivel comunitario se concreta en proporcionar información y educación acerca de los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual y fomentar la comprensión de los beneficios del tratamiento temprano para mejorar la rapidez con que las personas solicitan la atención sanitaria necesaria.

- **Detección sistemática de la sífilis entre las mujeres embarazadas**

Se estima que el 98% de todas las mujeres embarazadas en la región acude a servicios prenatales al menos una vez durante la gestación. En 1989, el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya decidió implantar la política nacional de detección sistemática de sífilis entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales. Se equiparon los centros sanitarios con el material pertinente, y se formó a auxiliares de laboratorio para que realizaran la prueba de la sífilis (RPR). Al principio se seleccionaron los centros con mayor área de cobertura y una tasa más alta de visitas prenatales, y se informó a los dispensarios circundantes de la disponibilidad del servicio para eventuales derivaciones. En 2005 se efectuaba detección sistemática de sífilis en 77 centros sanitarios de la región. La prevalencia de la sífilis entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 15% en 1989 al 4% en 1999 y al 2,5% en 2005.

- **Tratamiento de casos de infecciones de transmisión sexual**

En 1993, todos los hospitales instauraron servicios de tratamiento de infecciones de transmisión sexual en sus departamentos de consultas externas. Se proporcionaron materiales y equipos, así como formación y medicamentos, y se introdujo un sistema de abastecimiento y vigilancia farmacológicos. Desde entonces, los servicios se han extendido a los centros sanitarios de distrito, donde los miembros del personal médico reciben formación sobre tratamiento sindrómico de casos. El diagnóstico de infecciones de trans-

²⁴ Algunas de estas estrategias se describen con mayor detalle en «Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region, Part I and II». Las cifras sobre las actividades mencionadas en las diferentes tablas de este apartado se han recopilado a partir de los informes anuales del Coordinador Regional del sida y de la publicación «Hope for Tanzania».

²⁵ Véase la discusión en la Sección 4.

misión sexual también se incluye rutinariamente en los servicios de planificación familiar y los dispensarios prenatales. El personal cualificado recibe regularmente supervisión de apoyo. El tratamiento de casos de infecciones de transmisión sexual se ha ido ampliando continuamente hasta cubrir casi todos los centros sanitarios de la región, incluidos centros públicos y privados y organizaciones de voluntariado.

Como parte de estos servicios se ofrecen promoción y distribución de preservativos, así como rastreo de contactos de las parejas. La supervisión periódica y las encuestas efectuadas certifican el suministro de servicios de alta calidad. Desde 1997, los fármacos necesarios han sido facilitados por el programa nacional con el apoyo inicial de la Unión Europea y, en los últimos años, del Japón.

Número de centros sanitarios que ofrecen servicios para infecciones de transmisión sexual y número de pacientes atendidos

Año	Número de centros sanitarios que ofrecen servicios para infecciones de transmisión sexual	Porcentaje de centros sanitarios que ofrecen servicios para infecciones de transmisión sexual	Número de pacientes con una infección de transmisión sexual (contactados/tratados)
1993	6	NA	NA
1995	15	NA	22.782
1999	201	201/237 (85%)	79.000
2002	295	295/335 (88%)	64.178
2005	311	311/340 (91%)	34.313

• **Promoción y distribución de preservativos**

Desde su creación, una de las prioridades del Programa Regional de Control del Sida de Mbeya ha sido asegurar la disponibilidad de preservativos masculinos de látex, asequibles y de buena calidad. En la región, tanto la distribución gratuita como la comercialización social de preservativos se llevan a cabo junto con campañas de sensibilización comunitaria e individual acerca de su uso correcto y constante.

En 1995 se inició el proyecto de comercialización social de preservativos, auspiciado por la organización no gubernamental internacional Population Services International (PSI), que recibió financiación de los Estados Unidos, Holanda y, en fechas más recientes, Alemania. Desde entonces, aunque con fluctuaciones debidas a problemas logísticos, cambios de precios y nombres de marca, ha ido aumentando progresivamente la disponibilidad general de preservativos, lo que convierte a Mbeya en la segunda región (después de Dar es Salaam) con mayores ventas de preservativos en todo el país. Actualmente hay en la región más de 5000 puntos de venta de preservativos que cubren incluso zonas rurales remotas. La promoción y distribución de preservativos es una actividad continua e integrada en todas las iniciativas de educación y promoción de la salud.

Número de preservativos vendidos a través del proyecto de comercialización social y distribuidos gratuitamente

Año	Preservativos vendidos a través del proyecto de comercialización social	Preservativos distribuidos gratuitamente	Total de preservativos vendidos y distribuidos ^a
1995	1.118.592	1.422.871	2.541.463
1999	1.891.008	361.700	2.252.708
2002	2.484.288	919.560	3.403.848
2003	3.113.280	1.947.634	5.060.914
2004	3.817.152	1.857.494	5.674.646
2005	3.532.032 ^b	1.243.809 ^c	4.766.83 ^d

^a Estas cifras no incluyen las ventas de preservativos por farmacias privadas o puntos de venta que no forman parte del proyecto de comercialización social.

^b Debido a un cambio en el sistema de distribución y registro, se estima que en 2005 se notificaron por defecto las cifras de preservativos vendidos a través del proyecto de comercialización social.

^c No se dispuso de preservativos durante medio año.

^d Las estimaciones totales para 2005 incluyen datos insuficientes.

• **Asesoramiento y pruebas voluntarias**

Ya en 1992 se introdujeron servicios de asesoramiento específicos para la prueba del VIH en el Hospital de Referencia de Mbeya. En 1995, todos los hospitales de distrito ofrecían servicios con consejeros cualificados en asesoramiento psicosocial. Este servicio se ha ampliado ahora a 114 centros sanitarios, incluidos dispensarios, lo que ha permitido que el asesoramiento y las pruebas voluntarias estén disponibles de forma general incluso en zonas rurales. El número total de consejeros cualificados en la región es de 234. Con la llegada a Mbeya del tratamiento antirretrovírico en 2004, la demanda de asesoramiento y pruebas ha aumentado sustancialmente a juzgar por las observaciones locales. Se requiere capacidad adicional no sólo para incluir a los candidatos a tratamiento antirretrovírico, sino también para asesorar a todas las personas que deseen conocer su estado serológico.

Número de centros sanitarios con servicios de asesoramiento, número de consejeros cualificados y número de personas sometidas a la prueba del VIH

Año	Número de centros sanitarios con servicios de asesoramiento	Número de consejeros cualificados en activo	Número de personas atendidas en servicios de asesoramiento*
2002	55	132	23.297
2003	67	145	27.868
2004	67	145	39.034
2005	114	234	42.041

* Esta cifra incluye a las personas atendidas en servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, personas remitidas para someterse a la prueba por motivos diagnósticos y mujeres evaluadas como parte de servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.

• **Prevención de la transmisión maternoinfantil**

Antes de que se dispusiera de tratamiento antirretrovírico en la región, ya se habían introducido servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH, que posteriormente se expandieron a la iniciativa «PTMI Plus», que combina prevención de la transmisión infantil con tratamiento a largo plazo de los padres y hermanos infectados. Este componente del proyecto se inició en 2002 con el apoyo del gobierno alemán y el asesoramiento técnico del Instituto Tropical de la Universidad de Berlín. La ejecución comenzó en dos distritos: la ciudad de Mbeya y Mbozi.

En 2005, la región logró ampliar los servicios para incluir todos los distritos. El número total de centros se eleva actualmente a 27, a partir de los cuatro iniciales. Se obtuvo apoyo adicional del Ministerio de Salud, el UNICEF, Axios International y la Fundación Walter Reed. En la totalidad de los ocho distritos existe como mínimo un centro de atención.

Los principales logros del programa PTMI Plus han sido:

- Entre abril de 2002 y diciembre de 2005, un total de 19.101 mujeres embarazadas recibió asesoramiento previo a la prueba del VIH, y 15.355 (80,3%) aceptaron someterse a ella; se comprobó que 2367 (15,4%) eran VIH-positivas.
- Se administró tratamiento antirretrovírico a 1027 pares de madres e hijos.
- Se evaluó el VIH en 94 lactantes, y se comprobó que 12 de ellos eran VIH-positivos.
- Se ofreció asesoramiento previo a la prueba del VIH a 510 parejas, y 501 aceptaron someterse a ella; se comprobó que 126 (25%) eran VIH-positivos.
- Se administraron fármacos antirretrovíricos a familiares VIH-positivos de mujeres embarazadas.
- Entre noviembre de 2003 y diciembre de 2005 se proporcionó tratamiento antirretrovírico a un total de 89 clientes.

Entre los retos futuros de este programa figuran:

- Combinar el programa PTMI Plus con el despliegue regional de tratamiento antirretrovírico (véase más abajo), sin perder los aspectos concretos de prevención de la infección que son singulares de este programa.
- Ampliar el servicio a más centros prenatales con el fin de facilitar el acceso a asesoramiento y pruebas para las mujeres embarazadas de la región.
- Aumentar la implicación de las parejas elevando la sensibilización comunitaria y ofreciendo asesoramiento por parejas.
- **Promoción de la salud y materiales de información, educación y comunicación**

La región produce sus propios materiales educativos, y también distribuye materiales desarrollados por otras regiones y para diferentes grupos de población dentro del país. Con los años, la región ha acrecentado su capacidad para diseñar, preevaluar y producir una diversidad de materiales. Entre los materiales producidos y/o distribuidos destacan:

- Hojas informativas sobre infecciones de transmisión sexual, tratamiento antirretrovírico, prevención de la transmisión maternoinfantil, uso de preservativos y servicios de asesoramiento.
- Folletos como «Preguntas y respuestas sobre el sida», y una serie de ocho folletos acerca de salud sexual y reproductiva y problemas pertinentes para los jóvenes, elaborados con la participación de éstos.
- Una guía de educación inter pares sobre VIH y salud reproductiva pensada para los grados quinto, sexto y séptimo de enseñanza primaria.
- Carteles y vallas publicitarias.
- Vídeos, camisetas y calendarios.

Aunque se ha producido y distribuido un número impresionante de materiales diversos, la demanda de materiales más abundantes y variados siempre supera la oferta. Las emisiones a través de radios locales sólo se han utilizado de forma irregular.

- **Promoción de la salud a través de grupos teatrales y pases de películas y vídeos a nivel comunitario**

Las representaciones tradicionales son muy populares en la región. Los grupos escriben sus propias historias basándose en situaciones locales, y en la mayoría de los casos se entablan discusiones con la

audiencia después de la representación. Hay cinco grupos teatrales en cinco distritos diferentes que actúan de forma regular. Sus miembros han recibido formación extensa sobre el uso de técnicas dramáticas para promover mensajes relacionados con el VIH. Los distritos sin grupos teatrales formales están pensando en crearlos. Se exhiben películas por toda la región, y los aparatos de televisión y vídeo en lugares públicos, e incluso en los hogares, permiten que las personas vean diferentes películas en sus casas, bares, centros sanitarios y albergues. Desde hace muchos años se efectúan en todos los distritos proyecciones formales de películas acompañadas de una discusión guiada para la audiencia.

Esfuerzos de prevención enfocados a los adolescentes escolarizados

La educación inter pares sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas primarias se inició en 1997, después de que el Ministerio de Educación introdujera la formación sobre el sida en el programa para los cursos quinto, sexto y séptimo de enseñanza primaria. Las escuelas primarias constituyen un lugar idóneo para llegar a los adolescentes, que pueden iniciar su actividad sexual a edades tan tempranas como los 10 o 12 años. Con un porcentaje de matriculación escolar del 90%, los programas pueden llegar a un gran número de jóvenes, mucho más que los programas para las escuelas secundarias, ya que sólo un 5% de los alumnos progresa hasta este nivel de estudios. Las actividades se centran en alumnos que cursan entre quinto y séptimo (11-15 años). Se ha seleccionado y entrenado a formadores de capacitadores (FdC) tanto del sector educativo como del sanitario. Los padres han colaborado estrechamente en el desarrollo de las actividades desde el principio, y las apoyan comprendiendo la amenaza que supone el VIH para sus hijos y las dificultades de hablar sobre estos temas sensibles en el hogar. En los últimos años han aumentado los esfuerzos de promoción e información dirigidos a los estamentos decisorios del sector educativo, y se proporciona mayor formación a los inspectores escolares y FdC para averiguar la sostenibilidad de este planteamiento.

Escuelas primarias con educación inter pares en la región de Mbeya

Año	Escuelas primarias	Escuelas con educación inter pares
12/2002	885	309 (35 %)
04/2004		313 (35 %)
04/2005	(12/2004) 960	330 (34 %)
04/2006		545 (57 %)

Resulta más difícil llegar a los **jóvenes desescolarizados**. Entre 1992 y 1996, la región experimentó con un Centro de Información Juvenil en la ciudad de Mbeya. Debido a los elevados costos y a que el número de visitas fue menor de lo esperado, el centro cerró sus puertas en 1996. Desde 2004 se han emprendido esfuerzos renovados en unas pocas circunscripciones electorales, junto con los Funcionarios de Desarrollo Comunitario de Distrito y el sector sanitario, para identificar grupos existentes de educación inter pares, revisar su estructura y capacidad y proporcionarles formación y supervisión.

- **Trabajar con grupos vulnerables: profesionales femeninas del sexo**

Puesto que la región está atravesada por vías importantes de comunicación y transporte (la carretera principal que une Malawi y Zambia con el puerto de Dar es Salaam y la línea ferroviaria TAZARA), se prestó especial atención a actividades de apoyo y prevención del VIH entre el grupo vulnerable y sumamente móvil de profesionales femeninas del sexo y sus clientes en las llamadas «áreas de alta transmisión» (como paradas de autobuses, bares, fondas y hoteles). Este programa se inició en 1994 bajo los auspicios de la organización no gubernamental internacional African Medical and Research Foundation (AMREF), utilizando principalmente un enfoque de educación inter pares. Entre 1994 y 1995 se identificaron 14 áreas de alta transmisión en la región y se formó a unos 60 educadores inter pares, que contactaron aproximadamente con 1.500 profesionales del sexo durante ese periodo.

Hasta 2005 se habían identificado 52 áreas de alta transmisión en la totalidad de los ocho distritos, en los que estaban actuando 88 educadores inter pares. Sin embargo, retener a los educadores inter pares es una tarea complicada. Muchos de ellos se desplazan a otros lugares, cambian de profesión o abandonan por diferentes motivos.

El potencial de este tipo de programas para controlar y reducir las infecciones de transmisión sexual y el VIH se puso de manifiesto recientemente en un estudio que se combinó con un proyecto llevado a cabo por el Programa de Investigación Médica de Mbeya con el apoyo de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Universidad de Munich.

Descenso en la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y en la incidencia del VIH entre trabajadoras femeninas de bares en la región de Mbeya

A una cohorte abierta de 600 trabajadoras de bares se les ofrecieron tres sesiones mensuales de información y educación sobre VIH/infecciones de transmisión sexual y salud reproductiva, asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias y confidenciales, y revisiones clínicas que incluían tratamiento sintomático de infecciones de transmisión sexual con apoyo de laboratorio simple.

Durante un periodo de 30 meses, el proyecto demostró una reducción de la gonorrea y otras infecciones de transmisión sexual y del sistema reproductivo (con la excepción de herpes genital y vaginosis bacteriana), así como un descenso en la incidencia del VIH de 13,9/100 a 5,0/100 personas-años.

Fuente: Riedner G et al (2006). Decline in sexually transmitted infection prevalence and HIV incidence in female bar workers attending prevention and care services in Mbeya Region, Tanzania. AIDS, 20: 609-615.

- **Programas sobre el VIH en el lugar de trabajo (sectores público y privado)**

Los programas sobre el VIH en el lugar de trabajo constituyen un elemento de una estrategia para expandir las medidas de promoción de la salud y ayudar a las empresas privadas e instituciones públicas con el fin de que desarrollen programas de salud y responsabilidad social para sus empleados, familias y, a veces, las comunidades circundantes. Los primeros programas en el lugar de trabajo se instituyeron en 1994. En 2000 se había formado aproximadamente a 200 educadores inter pares en 36 lugares de trabajo, que llegaban a una audiencia de cerca de 3000 personas. Los lugares de trabajo incluían construcción de carreteras y empresas de embotellado de refrescos.

En 2005, el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya estimó que había 59 empresas privadas y públicas en la región, cada una de ellas con una fuerza laboral de más de 20-50 trabajadores. De estas 59 empresas y organizaciones, 32 tienen programas sobre el VIH en el lugar de trabajo. No todas las compañías han implantado todos los elementos básicos (véase, más abajo, el cuadro Mbeya Cement Company), pero los educadores inter pares desempeñan un papel en todas ellas. Estos educadores inter pares recibieron formación a través del Programa Regional y, a su vez, actúan como FdC para empresas en otras regiones del país, como Dar es Salaam, Mwanza y Tanga. Casi todas las empresas apoyan económicamente sus propios programas en el lugar de trabajo. La oficina del Funcionario Médico Regional y la GTZ aportan apoyo técnico.

En el sector público, uno de los programas más exhaustivos en el lugar de trabajo es el que se está llevando a cabo en el Hospital Regional y de Referencia de Mbeya. Estos programas incluyen información para los empleados; selección y formación de educadores inter pares; sesiones regulares de educación inter pares en el hospital; distribución de materiales educativos y disponibilidad de preservativos; seminarios para las parejas; días de la familia para los niños, y provisión de profilaxis postexposición. Este modelo ha servido de ejemplo para el establecimiento de programas exhaustivos en el lugar de trabajo en todos los hospitales de distrito.

Entre las mayores empresas privadas de la región con programas sobre el VIH en el lugar de trabajo figuran Mbeya Cement Company (véase el recuadro adjunto) y Wakulima Tea Company.

Mbeya Cement Company

Mbeya Cement Company (MCC) es una filial del Lafarge Group. Tiene una fuerza laboral de 250 trabajadores y es uno de los mayores empleadores privados de la región. El Día Mundial del Sida de 2003 emprendió su Programa sobre el VIH/sida en el Lugar de Trabajo, que cuenta con el apoyo técnico, y en menor medida financiero, de la GTZ. MCC también es miembro de la Coalición Empresarial sobre el Sida de Tanzania (CEST). MCC dispone de todos los elementos necesarios para un programa integral sobre el VIH en el lugar de trabajo.

Estructura programática y políticas

MCC tiene un Coordinador del VIH y un Comité del VIH cuyos miembros incluyen empleados de alto rango. Se ha impartido formación a un grupo de educadores inter pares (16 empleados permanentes y seis contratistas), y el educador principal se reúne con el Comité del VIH una vez al mes. MCC ha tenido una política sobre el VIH desde noviembre de 2002. Todos los empleados han recibido un resumen en inglés/kiswahili de dicha política, que también puede encontrarse en todos los tabloneros de anuncios. Además, se ha elaborado una Guía sobre el VIH para la Administración, que se ha remitido a los directivos de MCC y sus colegas en Sudáfrica. En 2003 se llevó a cabo una valoración del impacto comercial en forma de análisis de rentabilidad económica (costo-beneficio).

Actividades de prevención de la transmisión

MCC distribuye preservativos gratuitos a sus empleados y proporciona información sobre diversos temas relacionados con el VIH. Se elaboran calendarios mensuales para las sesiones de educación inter pares en los distintos departamentos, aunque estas sesiones se posponen a veces debido a las demandas de la empresa. Asimismo, se han realizado hasta ahora varias campañas de sensibilización. Una campaña para promover las pruebas anónimas del VIH logró una tasa de participación del 80%, aunque una campaña pro asesoramiento y pruebas voluntarias sólo resultó parcialmente satisfactoria debido a las tensas relaciones industriales que había en aquel momento. En todas las campañas, MCC ha invitado a participar a organizaciones no gubernamentales locales y personas que viven con el VIH.

Atención médica y tratamiento

MCC ha formado a dos consejeros internos y proporciona asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales dentro de la fábrica o en el dispensario de salud contratado. Sin embargo, se ha comprobado que este servicio lo utiliza más la comunidad que los empleados de Mbeya Cement. La empresa ofrece tratamiento para infecciones oportunistas a través de su esquema médico, que consiste en contratos con cinco proveedores sanitarios de la zona. Los empleados de MCC tienen acceso a tratamiento antirretrovírico (una persona recibió dicho tratamiento en 2004/2005) y prevención de la transmisión materno-infantil. MCC también proporciona equipos de primeros auxilios, incluidos guantes de látex, para protegerse contra la transmisión del VIH.

Alcance comunitario

En 2005 se celebró un «día de la familia» como parte de la campaña para promover el asesoramiento y pruebas voluntarias. Uno de los consejeros es visitado a menudo por personas de la comunidad, y los miembros del Comité del VIH han llevado a cabo diversos esfuerzos de sensibilización de voluntariado a través de sus comunidades eclesiales.

Vigilancia

En enero de 2004 se realizó una encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre el VIH, y otra encuesta con elementos de CAP se llevó a cabo como parte del estudio sobre asesoramiento y pruebas voluntarias en noviembre de 2004. El estudio de prevalencia efectuado en diciembre de 2004 tuvo una participación del 80% de los empleados, y constató una prevalencia del VIH del 8,2%. La empresa informa regularmente sobre los logros conseguidos a través del Lafarge «Dashboard», una hoja de ruta corporativa sobre el VIH para todas las filiales africanas. En 2005 comenzó la notificación interna a los miembros del Consejo y el Comité Ejecutivo.

(Información basada en los informes del Coordinador WPP del VIH, 2006.)

Wakulima Tea Company

En 2004 se emprendió una iniciativa en el lugar de trabajo con objeto de proporcionar educación esencial sobre el VIH y acceso a atención y apoyo para la Asociación de Pequeños Cultivadores de Té de Rungwe (APCTR) y comunidades vecinas. Fundada en 1998, la asociación es una organización de 15.000 pequeños cultivadores de té distribuidos entre más de 108 aldeas; también posee el 25% de las acciones de la Wakulima Tea Company.

Las actividades de los educadores inter pares, en cooperación con centros sanitarios contratados que proporcionan atención esencial, han llegado a un total de unas 60.000 personas entre cultivadores de té y sus comunidades. La APCTR ha desarrollado una política sobre el VIH/sida y ha contratado a un coordinador profesional; además, distribuye preservativos y organiza sesiones de educación e información, tanto individuales como por grupos. Los educadores viajan en bicicleta y reciben una paga por las sesiones comunitarias. Con apoyo de «Capital for Development Cooperation» (el mecanismo del gobierno del Reino Unido para la inversión en el sector privado de economías en desarrollo), también se paga un subsidio de transporte a las personas que están recibiendo terapia antirretrovírica.

- **Seguridad sanguínea**

Los intentos de crear un banco regional de sangre se iniciaron en 1995, pero se abandonaron poco después. En consecuencia, los hospitales son los encargados de analizar tanto la sangre de los donantes como el suministro de productos sanguíneos. Según el informe anual de 2005 del Coordinador Regional del sida, en la región no se transfunde sangre sin que se haya analizado para el VIH y la sífilis. En 2005, los hospitales evaluaron a un total de 3.769 donantes de sangre, y se comprobó que 570 de ellos eran VIH-positivos. Esta cifra no incluye el número de donantes del Banco Zonal de Sangre en el Hospital de Referencia de Mbeya, que comenzó a operar en 2004.

- **Procedimientos de seguridad en los centros sanitarios**

Para reducir el riesgo de transmisión en el contexto sanitario, desde finales de los años 1980 se ha educado y formado a los trabajadores sanitarios por lo que respecta a medidas apropiadas de seguridad. Todos los centros sanitarios utilizan jeringas, agujas y guantes desechables, y aplican procedimientos eficaces de esterilización cuando es oportuno. Además, a los trabajadores sanitarios se les recuerdan regularmente las medidas que deben adoptar para protegerse frente a una posible exposición al VIH, así como los procedimientos a seguir para evitar la transmisión accidental del virus entre pacientes.

Tratamiento y atención

- **Plan regional de tratamiento antirretrovírico y ejecución**

De acuerdo con el Plan Nacional de Atención y Tratamiento,²⁶ en octubre de 2004 comenzó la provisión de tratamiento antirretrovírico en la región, encabezada por la Fundación Walter Reed. En cooperación con la GTZ y la Universidad de Berlín, se emprendieron actividades de generación de capacidad para los trabajadores sanitarios en el centro de excelencia del Hospital de Referencia de Mbeya. En la actualidad ofrecen terapia antirretrovírica los siguientes centros: el Hospital Regional y el Hospital de Referencia de la ciudad de Mbeya; los hospitales de distrito en Tukuyu, Kyela y Mbozi, y el hospital misionero de Igogwe. En otros centros, como los de Chunya, Isoko y Chimala, se está impartiendo formación inicial sobre terapia antirretrovírica, y se pretende abrir los servicios en 2006. A finales de diciembre de 2005, 1186 pacientes estaban siendo tratados con fármacos antirretrovíricos.

- **Atención a domicilio**

En la región de Mbeya, la atención a domicilio se inició en 1993 a cargo de dos hospitales misioneros que utilizaban asesores hospitalarios cualificados como proveedores de servicios. La iniciativa se amplió progresivamente a más hospitales y centros sanitarios de la región. Se formó a asesores comunitarios

²⁶ República Unida de Tanzania (2003). Plan de Asistencia y Tratamiento del VIH/Sida, 2003-2008.

rios para mejorar la conexión entre la comunidad y los trabajadores sanitarios en los centros de salud. Los asesores visitan a los pacientes y sus familias, les ofrecen atención y consejo y les suministran medicamentos y materiales para los síntomas que pueden tratarse en casa. También animan a la comunidad a apoyar a las familias afectadas y contribuir a la reducción del estigma y la discriminación. En 2005 se proporcionó atención domiciliaria a 6336 clientes.

Conforme disminuyen la estigmatización y discriminación, más clientes solicitan asesoramiento, pruebas y atención, y se ha formado como consejeros a un mayor número de proveedores comunitarios y trabajadores sanitarios. Asimismo, los consejeros existentes han recibido formación continuada sobre seguimiento de la terapia antirretrovírica. Aparte de los profesionales sanitarios y los proveedores de atención a domicilio, existen unas cuantas organizaciones no gubernamentales que también han participado en este servicio. La más conocida y activa es KIHUMBE, que opera en la ciudad de Mbeya.

KIHUMBE: 15 años de desarrollo de una organización no gubernamental para la atención a domicilio y otros servicios sociales en la ciudad de Mbeya

KIHUMBE fue creada en 1991 con el apoyo de la GTZ. Durante el primer año de existencia proporcionó asesoramiento compasivo, visitas a domicilio y apoyo nutricional a 213 pacientes y 25 niños y huérfanos que recibían atención domiciliaria. En aquel momento no había ningún miembro del personal a jornada completa, y la organización sólo contaba con unos 11 voluntarios a tiempo parcial.

En 2006, KIHUMBE no sólo dispone de unas instalaciones adecuadas, con personal propio y un centro de asesoramiento y pruebas voluntarias, sino que también proporciona educación sobre el VIH, asesoramiento y pruebas voluntarias, asesoramiento compasivo, proyectos de mitigación del impacto, cobertura de necesidades básicas y atención y apoyo para huérfanos. La organización atiende a 577 clientes mediante atención a domicilio y 733 huérfanos y niños necesitados, además de apoyar a 80 pacientes adultos y 17 niños que reciben fármacos antirretrovíricos. Cubre la totalidad de las 32 circunscripciones electorales de la ciudad de Mbeya, y ha empezado a expandir sus servicios a los distritos de Mbeya rural y Rungwe.

KIHUMBE posee actualmente una plantilla a jornada completa de casi 15 personas y un gran número de voluntarios (incluido su famoso grupo teatral). En las actividades de educación y atención domiciliaria participan aproximadamente 400 personas VIH-positivas que son capaces de hablar abiertamente acerca de su infección. Se reúnen regularmente en el centro, que mantiene un taller para muchachas huérfanas donde pueden aprender costura y confección de batik y cuyos productos sirven, en otras cosas, para abastecer de uniformes escolares a los niños del proyecto. En 2006 se inició un proyecto de ganadería para criar cabras, cerdos y gallinas, que proporcionará apoyo nutricional e ingresos a las familias afectadas. Se está planeando un importante proyecto de carpintería y reparación de automóviles para varones jóvenes, pero todavía no se ha recibido la financiación necesaria.

KIHUMBE cuenta actualmente con el apoyo del ayuntamiento de la ciudad de Mbeya, así como con subvenciones del Fondo Comunitario para el Sida, la Fundación Walter Reed y la GTZ.

Mitigación

- **Generación de ingresos y apoyo**

Los proyectos de generación de ingresos para individuos y familias infectados o afectados por el VIH todavía son relativamente escasos en la región. KIHUMBE ha emprendido un proyecto de ganadería (véase el recuadro más arriba), y hay algunas organizaciones comunitarias que aportan gallinas u otros animales de granja para las personas que viven con el VIH. En marzo de 2005, la GTZ, DANIDA y Apoyo para el Desarrollo Agrícola del Distrito iniciaron un proyecto piloto de investigación para mitigar el impacto del VIH sobre los hogares rurales. En cuatro aldeas de la región se seleccionaron mediante un proceso participativo hasta 20 hogares pobres afectados por el VIH, a los que se proporcionaron ganado o plantel fertilizado para horticultura con el fin de aumentar la producción agrícola, tanto para consumo

directo (apoyo nutricional) como para comercialización de los excedentes (generación de ingresos). En el proyecto se incluyeron otros materiales y equipos necesarios, así como formación y asesoramiento técnico.

El proyecto, en poco tiempo, parece haber deparado buenos resultados para casi todas las familias. La mayoría de las familias apoyadas ha aceptado compartir su mayor conocimiento y los productos excedentes con otras familias de la comunidad, lo que puede ampliar potencialmente los efectos positivos del proyecto. Estaba previsto que los resultados de este proyecto piloto se valoraran a finales de 2006.

Los huérfanos y niños vulnerables constituyen el foco de los proyectos comunitarios de mitigación del impacto. Aunque la relación entre huérfanos y pobreza parece reflejar la que existe entre pobreza y VIH, dicha relación no siempre es tan acusada, tal como señala el informe nacional sobre Pobreza y Desarrollo Humano. Sólo un número ligeramente mayor de niños de hogares con huérfanos vive por debajo del nivel de pobreza, en comparación con los niños de hogares sin huérfanos. Incluso en el campo de la educación, la diferencia entre niños huérfanos y no huérfanos es tan sólo marginal.²⁷ Tal como se ha mencionado, organizaciones no gubernamentales como KIHUMBE han iniciado pequeños proyectos para huérfanos y niños vulnerables. Por una parte, el énfasis recae en proporcionar escolarización y educación continuada (el primer niño «KIHUMBE» ya ha sido aceptado para cursar estudios universitarios); por otra, se ofrece formación en aptitudes técnicas, como costura y confección de batik.

²⁷ República Unida de Tanzania (2005). Informe sobre Pobreza y Desarrollo Humano, p. 43.

Conclusión—Hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención en la región de Mbeya para 2010: logros alcanzados y desafíos para el futuro

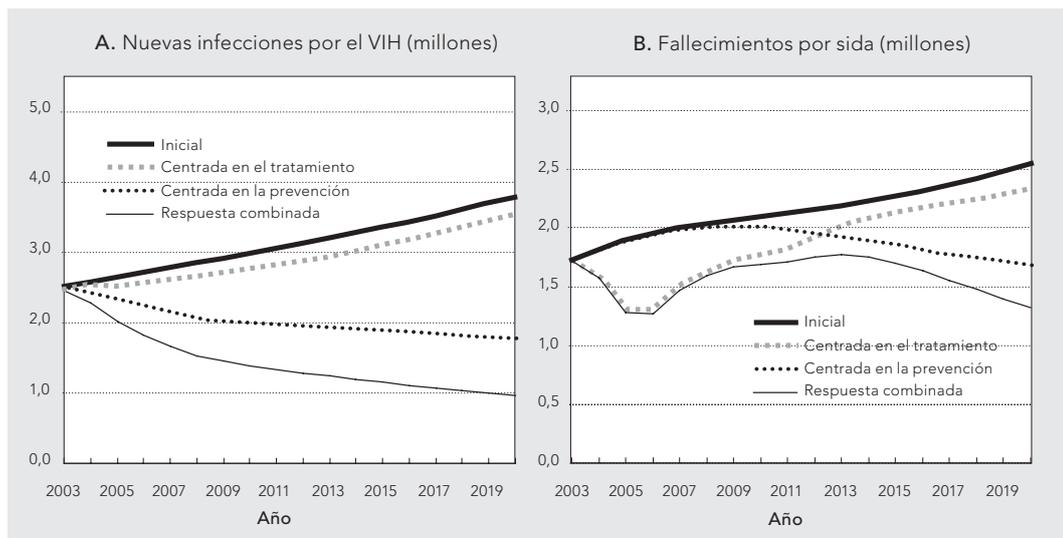
A pesar de casi 20 años de esfuerzos nacionales e internacionales para controlar la epidemia de VIH en los países en desarrollo, son muy pocos los éxitos que se han comunicado a escala nacional.

Desde mediados de los años 1990, las experiencias del Brasil, Tailandia y Uganda se han citado a menudo en los estudios internacionales como ejemplos de esfuerzos nacionales satisfactorios. En fechas más recientes se han descrito tendencias estables o incluso descendentes en la infección por el VIH en otras partes del mundo (en desarrollo), incluidos países tan diversos como Haití, Zambia y Zimbabwe. En ninguno de estos casos notificados parece haber relaciones claras entre la fuerza del programa nacional y los resultados positivos. En los últimos 10 años apenas se han efectuado —si es que se han efectuado— evaluaciones o valoraciones exhaustivas de los esfuerzos nacionales para vincular la aplicación de estrategias y programas nacionales con los esfuerzos de control de un país.²⁸

Hasta hace poco, la falta de financiación suficiente para prevención y tratamiento del VIH y las barreras para poder disponer de terapia antirretrovírica a escala masiva en países como Tanzania se consideraban los dos principales impedimentos para avanzar en la respuesta al VIH. Con el enorme incremento de la financiación disponible y la movilización más reciente de esfuerzos para incluir a un número sustancial de personas que viven con el VIH en los programas nacionales de terapia antirretrovírica, catalizados por la iniciativa «Tres millones para 2005», esta situación ha cambiado en muchos países, incluida Tanzania.

El modelado más reciente efectuado por el ONUSIDA estima un descenso significativo de las nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana, gracias a una combinación de programas centrados en el tratamiento y la prevención.

Figura 2. Proyección para 2020 de las nuevas infecciones en adultos y del total de fallecimientos de adultos en África subsahariana, en millones: impacto de tres marcos hipotéticos comparados con la situación inicial



²⁸ En 2005, una revisión nacional de los esfuerzos de Tailandia en la lucha contra el VIH se centró principalmente en las actividades del Ministerio de Salud, sin analizar la contribución de otros sectores de la sociedad tailandesa al control de la epidemia.

Existen actualmente motivos de optimismo para pensar que, con la aplicación de las recomendaciones internacionales más recientes sobre estrategias de prevención y tratamiento a escala nacional, no sólo se invertirá la tendencia de la epidemia de VIH, sino que también se establecerá un proceso sostenible de reducción continua de las nuevas infecciones y que la mayoría de las personas infectadas y afectadas por el VIH recibirá tratamiento y atención.

Tanzanía ya ha realizado progresos notables en esta dirección. Dispone de un marco de políticas que se ha concretado en la Política Nacional sobre el VIH/Sida, el Marco Estratégico Multisectorial Nacional y el Plan Nacional de Atención y Tratamiento para el VIH/Sida. Se han instituido mecanismos eficaces de coordinación nacional, y existe el compromiso del Gobierno.²⁹ En los últimos cinco años se han registrado incrementos sustanciales en los recursos para luchar contra el VIH (financiados mayoritariamente por fuentes externas), y existe el compromiso de mantener el nivel de apoyo hasta 2008 como mínimo. El reto ahora es asegurar el alcance y la calidad en la aplicación de las políticas, estrategias y programas.

La región de Mbeya es probablemente la más avanzada de Tanzanía en la ejecución de estos diferentes elementos. Desde su creación, el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya ha reforzado y ampliado continuamente sus actividades. El siguiente apartado resume los esfuerzos —utilizando el acceso universal como criterio de valoración— que contribuyen a la visión de Tanzanía de «liberarse de la amenaza del VIH y... [proporcionar] atención y apoyo [adecuados a] las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida».³⁰ Este apartado también identifica los retos persistentes.

1. Superar limitaciones pasadas

En 2003, el Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida de Tanzanía identificó los principales obstáculos que en el pasado habían dificultado la aplicación de estrategias para controlar la epidemia de VIH. Los problemas incluían:

- Alcance y cobertura limitados.
- Restricción de los programas a áreas piloto o unas pocas circunscripciones electorales o distritos.
- Infrecuencia.
- Problemas de garantía de calidad.
- Coordinación insuficiente.
- Documentación y comunicación inadecuadas.³¹

El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya está abordando estas limitaciones y, en ciertas áreas, ha realizado progresos reales respecto a los últimos años.

Alcance y cobertura limitados

Tal como se demostró en el estudio de 2000 («Hope for Tanzania»), dos características importantes del Programa Regional de Mbeya han sido su exhaustividad y cobertura. Aunque el Programa Regional se inició a finales de los años 1980 con tan sólo unos pocos programas concentrados en unos pocos lugares, con el tiempo ha seguido ampliando su cobertura y ha modelado su trabajo de acuerdo con estrategias y programas recomendados. Esto es especialmente cierto en áreas como la identificación y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; promoción de preservativos; acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales; provisión de información y actividades promocionales de la salud; atención a

²⁹ En un informe para documentar la Ampliación Progresiva Nacional hacia el Acceso Universal, el ONUSIDA señaló que las actividades de promoción, las políticas públicas y el marco jurídico en Tanzanía son en gran medida «existentes y suficientes», aunque todavía es necesario desarrollar ciertas áreas (p.ej., leyes contra la discriminación o leyes para proteger a las personas que viven con el VIH).

³⁰ Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida de Tanzanía (2003). La visión, p. 22.

³¹ Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida de Tanzanía. La visión, p. 19.

domicilio, y trabajo con poblaciones vulnerables. En todas estas áreas, la cobertura actual es como mínimo del 80% de las personas necesitadas.

Sin embargo, en otras facetas, como los proyectos de mitigación y apoyo económico y el acceso a tratamiento antirretrovírico, la cobertura todavía es mucho menor. Se requerirán esfuerzos enormes para expandir los programas y servicios a todas las personas que los necesitan.

Restricción a áreas piloto o unas pocas circunscripciones electorales o distritos

Aunque muchos de los programas de Mbeya comenzaron a escala limitada, la mayoría se planificó con el objetivo de ampliarlos progresivamente. Se han instituido las nuevas estructuras organizativas de los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida, que ya son plenamente operativos a nivel de distrito en toda la región, y también se han establecido nuevos comités en las circunscripciones electorales y aldeas. A pesar de que la mayoría de los comités todavía no funciona a pleno rendimiento a nivel de circunscripción electoral y aldea, se trata simplemente de una cuestión de tiempo que podrá resolverse con supervisión y apoyo financiero y técnico continuados para crear la capacidad necesaria de estas estructuras en toda la región.

Lo mismo puede decirse de las organizaciones de la sociedad civil. Debido a limitaciones de capacidad, sólo se ha impartido formación a unas pocas organizaciones en cada distrito (entre tres y ocho), pero si continúa el apoyo técnico y financiero, se acrecentará su capacidad en los años venideros. Conforme aumente la capacidad, la red de organizaciones que proporcionan atención y servicios se volverá más densa y menos personas quedarán sin apoyo.

Infrecuencia

Aunque se ofrecen muchos servicios ininterrumpidos a través de las estructuras establecidas, como el sistema sanitario, otros son de naturaleza más esporádica. Los grupos teatrales, por ejemplo, todavía no están presentes en todos los distritos, y la regularidad de sus actuaciones sigue siendo limitada. Los programas de educación inter pares tienen problemas a menudo para mantener sus horarios intensivos debido a obstáculos administrativos, y los educadores dejan de participar por razones muy diversas. En general, todos los programas de voluntariado son más frágiles y proclives a interrupciones imprevistas en sus actividades que los servicios que se dispensan a través de estructuras profesionales, como centros sanitarios o educativos.

Problemas de garantía de calidad

El Programa Regional de Control del Sida de Mbeya tiene dos mecanismos principales para afrontar los problemas de garantía de calidad: la estructura existente de supervisión, reciclaje e investigación aplicada, y el apoyo continuado de organismos técnicos externos, como la Agencia Regional de Facilitación, la GTZ o la Fundación Walter Reed, que son responsables principalmente de apoyar la generación de capacidad y el control de calidad. Estos aspectos están interconectados: el sistema rutinario de supervisión y reciclaje necesita la vigilancia y las aportaciones del exterior para combatir la inercia inherente a todos los procesos y servicios burocráticos o rutinarios.

Coordinación

La coordinación nunca ha constituido un problema importante en Mbeya. Gracias a la estructura existente en el Ministerio de Salud y, en los últimos años, a las autoridades gubernamentales locales y al número limitado de asociados externos, que facilitan los contactos y la interacción, el Programa Regional ha dispuesto de una estructura lo suficientemente integrada para planificar y coordinar sus actividades. Con el advenimiento de las autoridades gubernamentales locales y el papel decreciente de las estructuras regionales, tuvieron que efectuarse algunos reajustes. La asignación de las nuevas funciones en los comités de distrito, la creación de la Agencia Regional de Facilitación y la intervención continua de estructuras técnicas y administrativas regionales son elementos que deben tenerse en cuenta para incrementar aún más la eficacia de la colaboración y coordinación.

Documentación y comunicación

Los logros conseguidos por el Programa Regional apenas se documentaban o comunicaban fuera de la región, e incluso el Programa Nacional de Control del Sida, en Dar es Salaam, tenía a menudo un conocimiento muy limitado e incompleto de los procesos y éxitos alcanzados en el sudoeste del país. Sin embargo, esta falta de comunicación se ha corregido en los últimos años. Como asociado externo con 20 años de trabajo en Mbeya, la GTZ ha desempeñado un papel crucial para ayudar a la región a documentar y resumir sus experiencias y comunicarlas a nivel nacional. No es de extrañar que la influencia de Mbeya rezume con fuerza en muchas de las estructuras y herramientas desarrolladas recientemente en todo el país, como las valoraciones de capacidad de las organizaciones de la sociedad civil o los módulos de formación para los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida. Muchas de las experiencias satisfactorias en la región se han incorporado a las discusiones sobre políticas y estrategias nacionales. Sin embargo, como en el resto de Tanzania, los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida, para mejorar su propio rendimiento, podrían beneficiarse de una valoración y evaluación externas más rigurosas de todo el programa o de ciertas partes fundamentales de él.

2. Exhaustividad del Programa Regional

El Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida, 2003-2007, incorpora cuatro áreas temáticas que se consideran elementos clave dentro de la estrategia nacional para controlar la epidemia de VIH. Estas áreas son:

- Cuestiones transversales.
- Prevención, incluida la problemática de género.
- Atención y apoyo.
- Mitigación del impacto social y económico.

2.1. Cuestiones transversales

Aunque algunos de los aspectos mencionados pueden tener una relevancia más significativa a nivel nacional, también se aplican a las regiones.

Estrategia	Aplicación/resultados	Comentario
Promoción	Durante años se llevó a cabo principalmente entre líderes políticos a nivel regional y de distrito	El hecho de que los miembros del Parlamento no participen en los Consejos de Distrito todavía es un signo evidente de la falta de liderazgo político a nivel local
Afrontamiento del estigma y la discriminación	Estos elementos se incluyeron desde el principio en la mayoría de las actividades y materiales en la región	El número creciente de personas que reciben tratamiento antirretrovírico, junto con el mayor uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, y el número cada vez mayor de personas que reciben atención a domicilio también contribuirán probablemente a reducir el estigma y la discriminación
Respuesta de distrito y de comunidad	Se desarrolló en la región a través de los esfuerzos nacionales de descentralización; se han creado Comités del sida en los distritos, circunscripciones electorales y aldeas, y se han reforzado muchas organizaciones de la sociedad civil	La contribución de los distritos y la comunidad se centra en acrecentar los esfuerzos de apoyo y prevención del VIH, que tendrán que supervisarse y valorarse a través de la aplicación del sistema nacional de vigilancia y evaluación a este nivel
Integración del VIH	El VIH ya ha empezado a integrarse en la planificación general de algunos sectores (educación, agricultura, desarrollo comunitario, salud)	Más sectores deben incorporar actividades sobre el VIH, y es necesario valorar la eficacia y los resultados de estos esfuerzos
VIH, desarrollo y reducción de la pobreza	El VIH figura actualmente en todos los Planes de Desarrollo de Distrito	Deben valorarse la calidad de estos planes y su aplicación

2.2. Prevención, incluida la problemática de género³²

Estrategia	Aplicación/resultados	Comentario
Control de infecciones de transmisión sexual y tratamiento de los casos	Se ha logrado el acceso universal; se dispone de servicios en todos los centros sanitarios	Se requieren esfuerzos para mantener la calidad de los servicios
Promoción y distribución de preservativos	Se ha logrado el acceso universal; se han vendido y distribuido casi cinco millones de preservativos masculinos	Se requieren esfuerzos continuados para incrementar aún más el uso de preservativos masculinos y promover los preservativos femeninos
Asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales	Acceso para el 50% de la población (18-49 años) que necesita estos servicios; en los últimos cuatro años se ha asesorado y realizado la prueba del VIH a más de 160.000 personas	El asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales adquirirán una importancia creciente con la expansión del tratamiento antirretrovírico en la región
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	Se estima que la cobertura es del 11% de las mujeres embarazadas infectadas; se ha ampliado el programa en 27 centros	La prevención de la transmisión materno-infantil puede integrarse en el despliegue de terapia antirretrovírica a nivel regional
Promoción de la salud para grupos específicos de población: niños y jóvenes, muchachas y mujeres, varones y personas discapacitadas	Los porcentajes de mujeres y de varones que tienen un «conocimiento exhaustivo» ³³ del VIH en la región son del 31,6% y 47,3%, respectivamente	Véase la nota al pie n° 33 sobre el tema del conocimiento en la región. Se requieren esfuerzos continuados para mantener y elevar un conocimiento y comprensión apropiados, especialmente entre los jóvenes

³² Las estrategias nacionales de prevención de Tanzania son muy similares a las últimas recomendaciones internacionales efectuadas por el ONUSIDA en «Acciones programáticas esenciales para la prevención del VIH». ONUSIDA (2005). *Intensificar la prevención del VIH*, Documento de Posicionamiento de Políticas del ONUSIDA, p. 22. El ONUSIDA enumera 11 áreas de acción: 1. Prevenir la transmisión sexual del VIH. 2. Prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. 3. Prevenir la transmisión del VIH por medio del consumo de drogas intravenosas, incluidas medidas para reducir el daño. 4. Garantizar la seguridad de los suministros sanguíneos. 5. Prevenir la transmisión del VIH en el ámbito sanitario. 6. Promover un mayor acceso a asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias, fomentando los principios de confidencialidad y consentimiento. 7. Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento del sida. 8. Centrarse en la prevención del VIH entre los jóvenes. 9. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a los individuos para que se protejan de la infección. 10. Afrontar y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. 11. Preparar el acceso y uso de vacunas y microbicidas. Con la excepción de la tercera área sobre consumo de drogas intravenosas, todos los elementos citados figuran en la estrategia nacional (dentro de los elementos transversales o directamente dentro de los esfuerzos de prevención), y ya se han aplicado en la región de Mbeya, incluso el último (preparación para el acceso y uso de vacunas), que se está llevando a cabo con el proyecto de la Fundación Walter Reed.

³³ TACAIDS et al (2005). Encuesta sobre indicadores del VIH/sida en Tanzania, p. 35. En esta encuesta, el «conocimiento exhaustivo» se define como: «Saber que el uso constante de preservativos y el hecho de tener una sola pareja fiel no infectada pueden reducir la posibilidad de contraer el virus del sida; saber que una persona de aspecto saludable puede tener el virus del sida, y saber que el VIH no puede transmitirse por picada de mosquitos o compartiendo comida con una persona que tiene el sida.» Estos resultados contradicen los hallazgos generales de la TACAIDS acerca del conocimiento sobre el VIH y el sida en Tanzania (en la misma encuesta, p. 31): «Principales hallazgos:

- Más del 99% de los tanzanos de 15-49 años han oído hablar del sida.
- El conocimiento de los modos de transmisión del VIH es alto, ya que casi el 90% de los adultos saben que tener una sola pareja fiel no infectada puede reducir las posibilidades de contraer el sida.
- El rechazo de conceptos erróneos relacionados con el VIH también es generalizado: cuatro de cada cinco adultos saben que una persona de aspecto saludable puede ser VIH-positiva, y casi la misma proporción sabe que el VIH no puede transmitirse por brujería o compartiendo comida con alguien que tenga el sida.»

La tasa de respuesta a cada elemento del conocimiento exhaustivo del VIH, cuando las preguntas se formulan por separado, es mucho más alta en Mbeya que en el conjunto del país. Los resultados nacionales de conocimiento exhaustivo son del 43,6% para las mujeres y 54,2% para los varones. En la última Encuesta de Demografía y Salud (EDS) se comunicaron resultados similares. Es difícil creer que el conocimiento del VIH y el sida en la región de Mbeya esté por debajo del promedio nacional. Esto contradice otros elementos, como la gravedad de la epidemia, el número de preservativos vendidos y distribuidos, la participación de la población en asesoramiento y pruebas voluntarias y la cantidad de materiales de promoción de la salud producidos y distribuidos. Se requieren nuevas investigaciones en este campo.

Educación inter pares	Están participando más escuelas	Se requiere expansión y consolidación; resulta difícil porque las nuevas generaciones de alumnos necesitan formación y supervisión
Promoción de la salud para poblaciones vulnerables	Buena cobertura de las profesionales femeninas del sexo gracias al foco en las áreas de alta transmisión	Un apoyo más intensivo de recursos humanos permitiría mejorar la calidad y los resultados del enfoque de educación inter pares y promoción de la salud, incluido el tratamiento de infecciones de transmisión sexual
Intervenciones en el lugar de trabajo (sectores público, privado e informal)	Más del 50% de las grandes empresas privadas tienen programas sobre el VIH en el lugar de trabajo; algunas instituciones públicas (hospitales) también tienen sus propios programas	En el sector privado, el compromiso y la calidad de los programas sobre el VIH en el lugar de trabajo dependen a menudo del rendimiento económico y las presiones de mercado que soportan las empresas
Seguridad de la sangre y productos sanguíneos; aplicación de precauciones universales en contextos sanitarios y no sanitarios, incluido el manejo de desperdicios	Promoción continua en todos los contextos sanitarios	Es necesario un suministro apropiado de equipamiento, pero no siempre está disponible

2.3. Atención y apoyo relacionados con el VIH

Estrategia	Aplicación/resultados	Comentario
Tratamiento de infecciones oportunistas comunes, incluidos fármacos antirretrovíricos	Cerca de 1.200 pacientes reciben tratamiento antirretrovírico (aproximadamente el 8,6% de las personas que se estima que lo necesitan); el programa de despliegue de tratamiento antirretrovírico se inició en 2004; a finales de 2006 ofrecían servicios nueve hospitales y centros sanitarios seleccionados	La rapidez y cobertura del despliegue dependen del Programa Nacional; en la región se dispone de apoyo técnico
Atención y apoyo domiciliarios/comunitarios	En 2005 se proporcionó atención a domicilio a unos 6.400 clientes (aproximadamente el 46% de las personas que la necesitan)	Servicio bien organizado y cubierto en la ciudad de Mbeya, pero necesita reforzamiento en otros distritos

2.4. Mitigación del impacto social y económico

Estrategia	Aplicación/resultados	Comentario
Apoyo económico y social a personas, familias y comunidades afectadas por el sida	Existen pocos proyectos a través de organizaciones de la sociedad civil e iniciativas bilaterales de apoyo	Estas actividades y proyectos podrían beneficiarse de la participación de otros sectores, especialmente agricultura y ganadería
Apoyo a los huérfanos	Muchos proyectos de organizaciones de la sociedad civil se centran en el apoyo a los huérfanos; se está impartiendo formación especial para el cuidado de huérfanos	Aunque la situación de los huérfanos tal vez no difiera radicalmente de la de otras personas jóvenes en hogares pobres, debe mantenerse este foco, ya que la mortalidad por el sida aumentará en los próximos años

3. Los desafíos pendientes para lograr el acceso universal a prevención, tratamiento y atención

La región de Mbeya se enfrentó a una grave epidemia de VIH a mediados de los años 1990, con una prevalencia superior al 20%. Gracias a que el Programa Regional de Control del Sida de Mbeya ha aplicado y ampliado continuamente estrategias recomendadas a nivel nacional e internacional, a finales de los años 1990 la región logró su primer gran éxito: invertir la tendencia de la epidemia. En 2004, la prevalencia había disminuido en más de la mitad durante un periodo de 10 años.

En los últimos cinco años, la región experimentó tres desarrollos fundamentales:

- La expansión de estrategias y programas basados en el nuevo Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida.
- La reorganización del trabajo sobre el VIH para orientarlo a nivel de distrito y comunidad, con la participación de más sectores y actores.
- Un incremento sustancial de los fondos disponibles para luchar contra el VIH.

Evidentemente, estos elementos han fortalecido y vigorizado el Programa Regional. Ya se han instituido todos los elementos principales, y muchos de ellos han madurado en calidad y cantidad para acercarse (o incluso llegar) a los nuevos criterios de acceso universal recomendados internacionalmente.

Sin embargo, estos elementos todavía no se han traducido en una aceleración de los resultados. En los últimos cinco años, la prevalencia del VIH en la región ha mostrado un descenso de tan sólo el 2%.³⁴

Muchos de los cambios —en especial los relacionados con los Comités Multisectoriales del Consejo sobre el Sida, la integración de las actividades relacionadas con el VIH en los Planes de Desarrollo de Distrito y el reforzamiento de las respuestas comunitarias— aún son demasiado nuevos y frágiles para demostrar su valor añadido en la respuesta a los retos de la epidemia.

Las fuerzas del Programa Regional de Control del Sida de Mbeya pueden resumirse como sigue:

- Desarrollo continuo y sistemático de un enfoque integral para la prevención del VIH desde 1989.
- Servicios de alta calidad en áreas fundamentales.
- Cobertura sustancial de servicios básicos para toda la población.
- Número y calidad de los actores locales, especialmente en el sector sanitario, que constituyen la columna vertebral para la expansión de los servicios.
- Apoyo técnico y financiero significativo y a largo plazo de uno mismo asociado externo (GTZ, Alemania), que fomentó el desarrollo de una estrecha colaboración mutua, comprensión y responsabilidad compartida.
- Expansión hacia más sectores y actores gracias al nuevo foco en los distritos y comunidades, en detrimento del foco nacional y regional.
- Disponibilidad de mayores recursos financieros a través de mecanismos internacionales de financiación y acuerdos nacionales.

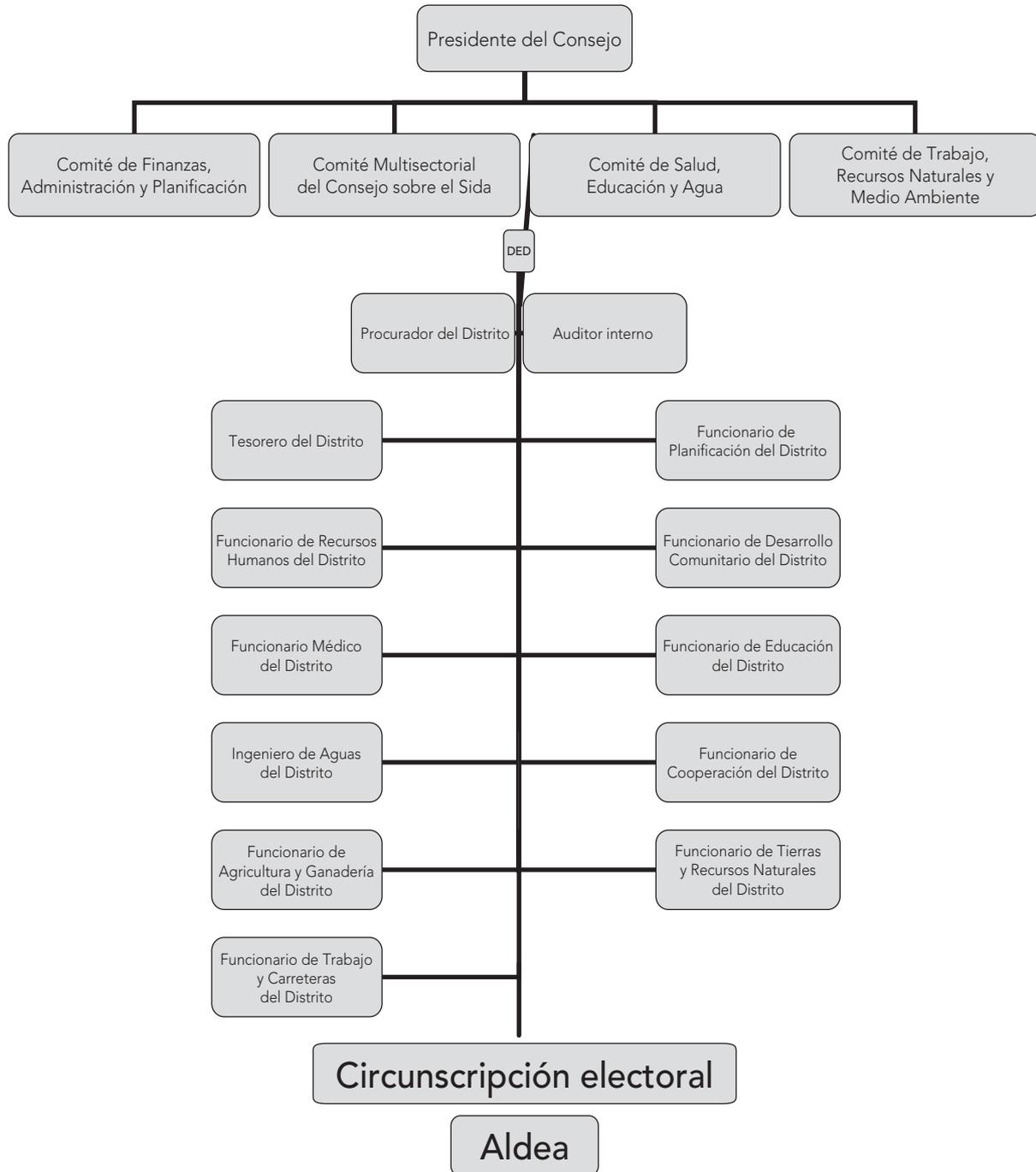
³⁴ El promedio regional, como el promedio nacional, enmascara importantes diferencias locales. En algunos de los centros centinela, la reducción de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15-24 años ha sido mucho más pronunciada que en otros, lo que indica que ni siquiera en Mbeya existe una sola epidemia y que la transmisión del VIH está influida por múltiples factores locales específicos.

De todas formas, la fuerza del Programa Regional no debería ocultar los enormes desafíos que todavía quedan pendientes. La prevalencia del VIH y las nuevas infecciones en la región siguen siendo terriblemente altas. Entre los retos más obvios para el Programa Regional en el futuro destacan:

- La necesidad de proseguir, ampliar y consolidar las estrategias y programas existentes.
- Demostrar que los distritos y comunidades tienen capacidad para expandir los esfuerzos de prevención.
- Asegurar recursos financieros sostenidos para actividades sobre el VIH.
- Asegurar el reclutamiento y motivación continuos de actores locales en instituciones, organizaciones y trabajos de voluntariado.
- Obtener apoyo técnico ininterrumpido del exterior para asesorar y animar a los actores locales.
- Abordar la necesidad de investigaciones locales más específicas sobre las condiciones de vulnerabilidad.
- Llevar a cabo una vigilancia y evaluación continuas de la calidad de los programas, y analizar sus resultados.

Existen perspectivas excelentes para seguir mejorando y reforzando un programa ya sólido de por sí. Si, tal como cabe esperar, el «escalamiento» del programa permite volver a reducir significativamente la carga de la epidemia en la región de Mbeya durante los próximos cinco a diez años, entonces las enseñanzas aprendidas podrán aplicarse a otras regiones y países. El éxito en Mbeya será una inspiración no sólo para las demás regiones de Tanzania sino también para el resto de África subsahariana.

Anexo 1. Estructura organizativa de los distritos



Anexo 2. Indicadores regionales basados en el nuevo Marco Nacional de Vigilancia y Evaluación

El siguiente cuadro ofrece indicadores y resultados de prevención del Marco de Vigilancia y Evaluación desarrollado por la TACAIDS en mayo de 2006,³⁵ en la medida en que son aplicables a la situación regional de Mbeya y existe información derivada de informes rutinarios o estimaciones de fuentes fidedignas. Algunos de los indicadores se han modificado para adaptarlos a la información disponible en la región de Mbeya.

Indicador en el Marco de Vigilancia y Evaluación	Equivalente regional más próximo	Resultado
PREVENCIÓN		
Indicadores de impacto		
Nº 2: Prevalencia de sífilis entre las mujeres embarazadas	El mismo	2,5 % (2005)
Indicadores de resultados		
Nº 9: Porcentaje de pacientes con infecciones de transmisión sexual en centros sanitarios que son diagnosticados, tratados y asesorados adecuadamente (UNGASS)	El mismo	80 % (2003)
Nº 10: Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que, en los últimos 12 meses, han recibido una tanda de profilaxis para reducir la transmisión materno-infantil, de acuerdo con los protocolos aprobados a nivel nacional (UNGASS)	El mismo	11 % (2005)
Nº 11: Número de centros de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, por población y por distrito	El mismo	1. Distrito de Rungwe = 30/314.765 2. Chunya = 16/217.674 3. Mbeya rural = 16/273.757 4. Mbarali = 7/241.328 5. Municipalidad = 17/299.689 6. Mbozi = 8/566.336 7. Ileje = 5/114.906 8. Kyela = 15/187.336 Total de centros = 114
Indicadores de resultados: Información, educación y comunicación, y comunicación para el cambio de comportamiento		
Nº 12: Número de escuelas con maestros formados en educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida que la enseñaron regularmente (dos veces por semana) durante los últimos 12 meses (UNGASS)	El mismo	170 (2005)
Nº 15: Número de materiales de información, educación y comunicación distribuidos durante los últimos 12 meses	El mismo	201.216 folletos y hojas informativas

³⁵ TACAIDS (2006). Sistema Multisectorial Nacional de Vigilancia y Evaluación del VIH, Plan Operativo, vol. 1 + 2, 1 de julio de 2006 – 30 de junio de 2008.

Indicador de resultados: preservativos		
Nº 18: Número de preservativos masculinos y femeninos distribuidos a usuarios finales durante los últimos 12 meses	Número de preservativos masculinos vendidos y distribuidos	4.766.831
Indicadores de resultados: asesoramiento y pruebas voluntarias		
Nº 19: Número de personas y porcentaje de la población general que recibieron la prueba del VIH, los resultados y asesoramiento después de la prueba durante los últimos 12 meses	El mismo	42.041 Aproximadamente el 10% de la población de 15-49 años
Nº 20: Porcentaje de centros sanitarios que tienen la capacidad y las condiciones para proporcionar un nivel básico de asesoramiento y pruebas del VIH y para gestionar servicios clínicos	Porcentaje de centros sanitarios que tienen la capacidad y las condiciones para proporcionar asesoramiento y pruebas del VIH	33 % 114/340
Indicador de resultados: programas en el lugar de trabajo		
Nº 21: Porcentaje de lugares de trabajo con 20 o más empleados (públicos y privados) que tienen políticas y programas de prevención y atención (UNGASS)	Porcentaje de lugares de trabajo con 20-50 empleados o más que tienen políticas y programas de prevención y atención	64 % 38/59
Indicador de resultados: prevención de la transmisión maternoinfantil		
Nº 22: Porcentaje de centros que ofrecen el conjunto mínimo de medidas para prevenir el VIH en lactantes y niños pequeños, y que tienen directrices específicas por escrito sobre cómo efectuar las derivaciones a centros que ofrezcan servicios de atención y apoyo a largo plazo	Porcentaje de centros sanitarios que ofrecen servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, de acuerdo con las directrices nacionales	27/341 7,9 %
Indicador de resultados: seguridad sanguínea y precauciones universales		
Nº 23: Porcentaje de unidades de sangre transfundidas en las que se ha analizado el VIH	El mismo	100 %
Indicador de resultados: atención para infecciones de transmisión sexual		
Nº 26: Porcentaje de centros sanitarios con personal cualificado y existencias ininterrumpidas de medicamentos para tratar infecciones de transmisión sexual	El mismo	311/340 91 %

Anexo 3. Publicaciones fundamentales

1. Jordan-Harder B et al (2000). *Hope for Tanzania. Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region. Part I: Experiences and Achievements. Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of Sub-Saharan Africa (Examples from Mbeya Region)*. Eschborn y Dar es Salaam.
2. Jordan-Harder B et al (2004). Thirteen Years of HIV-1 Sentinel Surveillance and Indicators for Behavioural Change Suggest Impact of Programme Activities in South-West Tanzania. *AIDS*, 18: 287-294.
3. República Unida de Tanzania (2001). *Política Nacional sobre el VIH/Sida*. Dodoma.
4. República Unida de Tanzania (2003). *Marco Estratégico Multisectorial Nacional sobre el VIH/Sida (2003-2007)*. Dar es Salaam.
5. República Unida de Tanzania (2003). *Plan de atención y tratamiento para el VIH/sida, 2003-2008*. Plan económico 4.0, 1 de septiembre. Dar es Salaam.
6. TACAIDS/Oficina Nacional de Estadística/ORC Macro (2005). *Encuesta sobre indicadores del VIH/SIDA, 2003-04*. Dar es Salaam.
7. Oficina Nacional de Estadística/ORC Macro (2005). *Encuesta de Demografía y Salud en Tanzania, 2004-2005*. Dar es Salaam.
8. Ministerio de Salud (2005). *Vigilancia del VIH y las infecciones sifilíticas entre las mujeres atendidas en dispensarios prenatales, 2003/04*.
9. República Unida de Tanzania, Oficina del Vicepresidente (2005). *Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza*.
10. República Unida de Tanzania (2005). *Informe sobre Pobreza y Desarrollo Humano, 2005*.
11. EVAPLAN (2005). *Tanzania: Capacity Building for Multisectoral HIV/AIDS Response, Tanzania, CD-ROM (borrador)*.
12. TACAIDS (2004). *Manuales de formación para los Comités del VIH/Sida en las autoridades gubernamentales locales:*
 1. Promoción, realidades básicas y factores socioculturales.
 2. Gestión participativa.
 3. Comunicación eficaz.
 4. Guía de formación sobre el terreno.
13. TACAIDS (2005). *Material básico de formación para la generación de capacidad de los miembros de la Secretaría Regional sobre integración del VIH/Sida en los Planes de Desarrollo del Consejo*.
14. TACAIDS (2005). *Actas del Seminario sobre Enseñanzas Aprendidas para las Agencias Regionales de Facilitación (noviembre; borrador)*.
15. Kabole I (2005). *Technical Support to the Council Multisectoral AIDS Committees; Performance Review and Follow-up. Seminario de retroalimentación*.
16. ONUSIDA (2005). *Intensificar la prevención del VIH*. Documento de Posicionamiento de Políticas del ONUSIDA, Ginebra.

17. ONUSIDA (2006). Ampliación progresiva hacia el acceso universal: consideraciones para que los países establezcan sus propias metas nacionales sobre prevención, tratamiento y atención del VIH. Ginebra.
18. TACAIDS (2006). *Sistema Multisectorial Nacional de Vigilancia y Evaluación del VIH, Plan Operativo*, vol. 1 y 2, 1 de julio de 2006 – 30 de junio de 2008.
19. RFA Rukwa/Mbeya (2006). Borrador del informe anual, 2005-2006.
20. GTZ (2006). *Bringing the AIDS Response Home, Empowering District and Local Authorities in Lesotho, Tanzania and Mpumalaga, South Africa*. Eschborn.
21. OMS/Ministerio de Salud de Tanzania/GTZ (2006). *Equity and Fair Process in Scaling up Antiretroviral Treatment: Potentials and Challenges in the United Republic of Tanzania. Case Study*. Ginebra.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/sida en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

■ LA COLECCIÓN “PRÁCTICAS ÓPTIMAS” DEL ONUSIDA

La colección “Prácticas óptimas” del ONUSIDA

- Es una serie de materiales de información del ONUSIDA que promueve el aprendizaje, comparte experiencias y capacita a las personas y asociados (personas que viven con el VIH y el sida, comunidades afectadas, sociedad civil, gobiernos, el sector privado y organizaciones internacionales) que participan en una respuesta ampliada a la epidemia de VIH y su impacto.
- Proporciona una voz a quienes trabajan para combatir la epidemia y mitigar sus efectos.
- Ofrece información sobre lo que ha funcionado en contextos específicos, para beneficio de otros que se enfrenten a situaciones similares.
- Cubre un vacío en áreas programáticas y de políticas clave proporcionando orientación técnica y estratégica, así como el conocimiento más avanzado en prevención, asistencia y alivio del impacto en múltiples contextos.
- Pretende estimular nuevas iniciativas con el objetivo de ampliar la respuesta a la epidemia de sida a nivel de país.
- Es un esfuerzo interorganizaciones del ONUSIDA en colaboración con otras organizaciones y asociados.

Para más detalles sobre la colección «Prácticas óptimas» y otras publicaciones del ONUSIDA, visite www.unaids.org. Se anima a los lectores a enviar sus comentarios y sugerencias a la Secretaría del ONUSIDA, a la atención del Director de Prácticas Óptimas, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211, Ginebra 27, Suiza.

Hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención: experiencias y desafíos en la región de Mbeya, en Tanzania — Estudio de caso

Tanzania ha realizado progresos sustanciales para reforzar la respuesta nacional al VIH durante los últimos años. El estudio de este caso describe diferentes aspectos de la respuesta que se ha llevado a cabo en la región de Mbeya a lo largo de los últimos 20 años. Más de dos millones de personas viven en la región, que fue, y sigue siendo, una de las partes más afectadas del país. Sin embargo, la prevalencia del VIH, que según las estimaciones llegó a superar el 20% a mediados de los años noventa, ha ido disminuyendo progresivamente desde entonces. Es muy probable que el trabajo del Programa Regional de Control del Sida de Mbeya, que se inició en 1988, haya realizado una contribución importante para invertir el curso de la epidemia.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: bestpractice@unaids.org

www.unaids.org