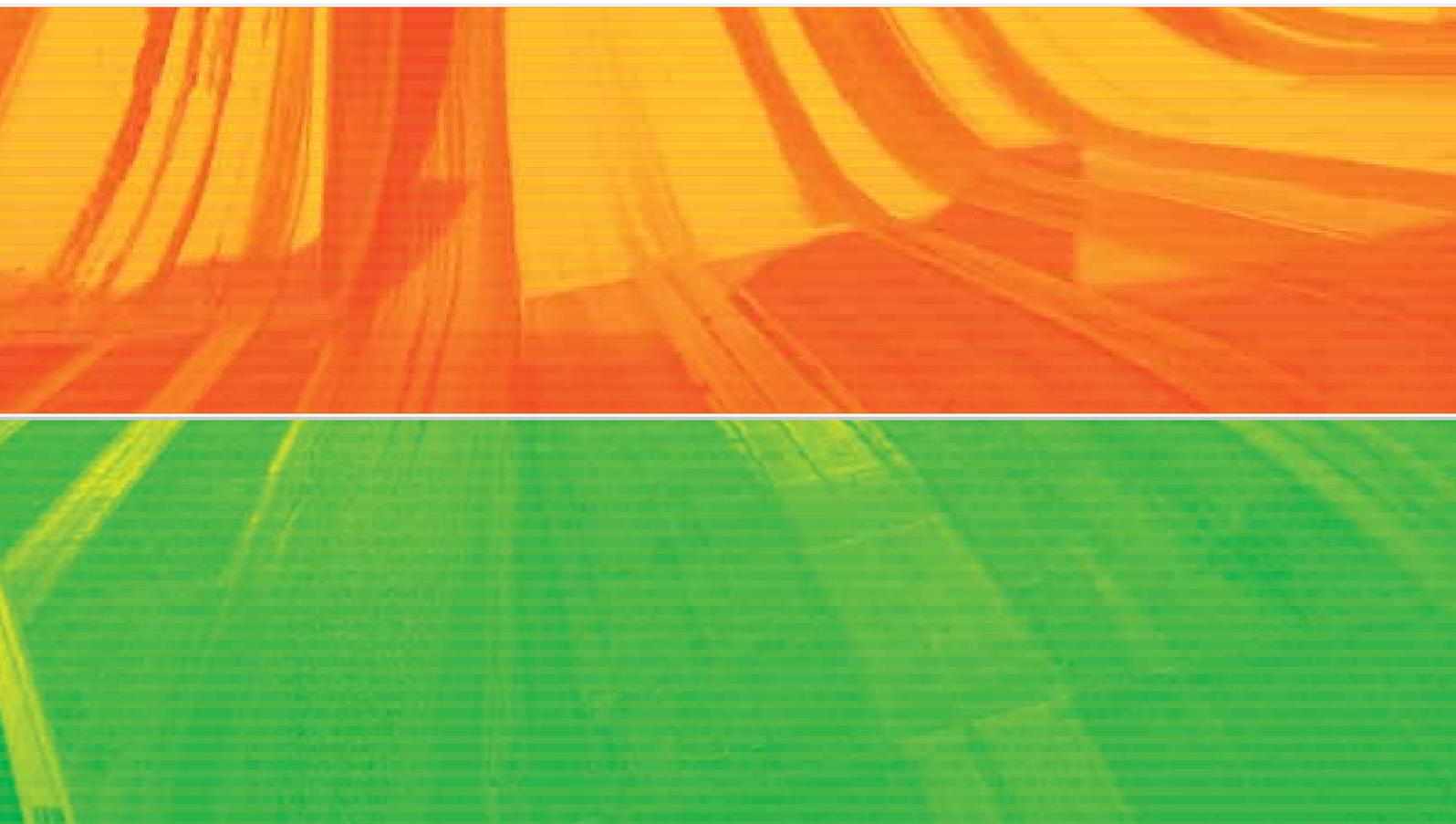


EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA
TERCERA REPOSICIÓN DE RECURSOS (2011-2013)

ESCENARIOS DE RECURSOS 2011-2013

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



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

LISTA DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

ARV	ANTIRRETROVIRAL
DOTS	TRATAMIENTO BREVE BAJO OBSERVACIÓN DIRECTA
ISM	INICIATIVA DE SALUD MUNDIAL DE ESTADOS UNIDOS
MILD	MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDA DE LARGA DURACIÓN
ONUSIDA	PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH Y EL SIDA
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
PTMI	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL (DEL VIH)
TARV	TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
TB-MR	TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE

ÍNDICE

5 RESUMEN EJECUTIVO

6 VISIÓN GENERAL DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA 2011-2013

ESCENARIOS DE RECURSOS

8 ESCENARIO 1

12 ESCENARIO 2

16 ESCENARIO 3

20 RESUMEN

ANEXOS

22 ANEXO 1: EXPLICACIÓN DE LOS CONTENIDOS PARA CADA LÍNEA DE LAS TABLAS DE ESCENARIOS

24 ANEXO 2: NECESIDADES DE RECURSOS ANTES DE LA APROBACIÓN DE NUEVAS PROPUESTAS (EN LA 10^a CONVOCATORIA Y POSTERIORMENTE)

25 ANEXO 3: RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN – METODOLOGÍA Y DETALLES

RESUMEN EJECUTIVO

1 La demanda de apoyo de donantes (calculada a través de las propuestas técnicamente sólidas cuyo financiamiento ha sido recomendado por el Panel de Revisión Técnica independiente del Fondo Mundial) se ha más que duplicado desde la última reposición de 2007 dado que los países ejecutores han aumentado progresivamente los programas de buen rendimiento. Los compromisos de subvenciones formalizados en 2009 (US\$ 4.200 millones) representan el 235% de la cantidad de 2006 (US\$ 1.800 millones).

2 El aumento de las inversiones ha permitido a los países obtener los impresionantes resultados que se describen en el informe *El Fondo Mundial en 2010: Innovación y Repercusión*.

3 Si la nueva demanda se mantuviera al nivel actual, sería necesario aportar recursos por un valor mínimo de US\$ 17.000 millones durante el período 2011-2013 para poder satisfacer dicha demanda y continuar financiando los programas actuales. Si la demanda (tal como se define en el párrafo 1) aumenta aún más para permitir el consiguiente incremento progresivo de los programas con el objetivo de acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, los recursos necesarios superarían dicha cantidad.

4 Satisfacer tales niveles de demanda (para lo cual sería preciso obtener una cantidad de fondos considerablemente superior a los US\$ 10.000 millones aportados por los donantes para el período de reposición 2008-2010) claramente representa un reto importante dadas las difíciles circunstancias económicas actuales. Aun así, los resultados y la repercusión conseguidos hasta la fecha han sido notables y demuestran que las inversiones realizadas a través del Fondo Mundial marcan una gran diferencia en la lucha contra las tres enfermedades, al tiempo que se fortalecen los sistemas sanitarios y se contribuye de manera significativa al avance en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5.

5 La racionalización de la arquitectura de subvención que actualmente está acometiendo el Fondo Mundial reducirá la carga administrativa y de notificación de datos que soportan los países ejecutores de subvenciones. Reducir las restricciones de asimilación de capacidades podría traducirse así en un mayor número de propuestas para futuras convocatorias.

6 Teniendo en cuenta estos antecedentes, se presentan tres escenarios de recursos para ser analizados, cada uno con una indicación de los resultados que podrían esperarse en cuanto a logros sobre el terreno al final del período de reposición:

El **Escenario 1** permitiría la continuación del financiamiento de los programas existentes. Los nuevos programas sólo podrían financiarse a un nivel considerablemente menor que el de los últimos años. Por consiguiente, este escenario no representa un cálculo del volumen de propuestas de alta calidad que está previsto se presenten. Más bien indica el nivel de demanda que podría asumirse con los recursos previstos.

RECURSOS NECESARIOS PARA EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 13.000 MILLONES

El **Escenario 2** permitiría la continuación del financiamiento de los programas actuales. Además, posibilitaría el financiamiento de nuevas propuestas a un nivel que se aproxima al de los últimos años. Esto permitiría mantener las trayectorias actuales de progreso.

RECURSOS NECESARIOS PARA EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 17.000 MILLONES

El **Escenario 3** permitiría la continuación del financiamiento de los programas existentes. Además, los programas eficaces podrían ampliarse considerablemente, y esto a su vez aceleraría el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

RECURSOS NECESARIOS PARA EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 20.000 MILLONES

7 El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que se necesitarían a nivel mundial entre US\$ 28.000 millones y US\$ 50.000 millones cada año, a partir de 2010 hasta 2015, para alcanzar progresivamente los objetivos de acceso universal relativos al VIH y al SIDA de aquí a 2015. En el caso de la malaria, el Plan de Acción Mundial contra la Malaria de 2008 calculó que entre 2011 y 2020 el costo mundial total sería, por término medio, de US\$ 5.900 millones al año. Según el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, controlar la tuberculosis costaría un promedio de US\$ 5.600 millones por año entre 2010 y 2015. Esta última cifra no tiene en cuenta las mayores estimaciones recientes del costo que supone tratar la tuberculosis multirresistente (TB-MR).

8 Las prestaciones de servicios planificadas conforme a los tres escenarios corresponden a diversos grados de progreso hacia la consecución de objetivos internacionales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015. Solamente las inversiones del Fondo Mundial en mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MILD) representarían entre el 42% y el 72% de la necesidad mundial en 2015 (o entre el 54% y el 94% de la necesidad en el África subsahariana). Al combinarse con los objetivos de la Iniciativa de Salud Mundial (ISM) de EE.UU. para 2014, los logros conjuntos alcanzarían un 70%-100% de la necesidad mundial de MILD. De manera similar, las inversiones del Fondo Mundial por sí solas representarían entre el 44% y el 76% de la necesidad de prevención de la transmisión materno-infantil (PMTI) mundial estimada, y las inversiones del Fondo Mundial junto con las de la ISM representarían entre el 78% y el 110%. En cuanto al tratamiento antirretroviral (TARV), las inversiones del Fondo Mundial cubrirían entre el 20% y el 34% del objetivo de acceso universal para 2015; en combinación con la ISM para 2014, estas inversiones cubrirían entre el 38% y el 53%.

9 Esto supondría que, sólo para 2015, se podrían salvar entre 16 y 23,5 millones de años de vida mediante el uso de MILD, entre 2,8 y 3 millones de años de vida administrando TARV, y de 2,5 a 4,3 millones de años de vida mediante la PTMI. En los siguientes años, estos efectos anuales en la salud aumentarían, especialmente en los escenarios 2 y 3.

VISIÓN GENERAL DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA EL PERÍODO 2011-2013

RESPUESTA A LA DEMANDA DE LOS PAÍSES

1 El Fondo Mundial responde a la demanda que los países manifiestan a través de nuevas propuestas para financiamiento (por un período inicial de dos años) y a través de solicitudes para la continuación del financiamiento en períodos posteriores. El Panel de Revisión Técnica independiente evalúa la solidez técnica de las nuevas propuestas y formula recomendaciones de financiamiento a la Junta Directiva del Fondo Mundial. El financiamiento de continuación depende del desempeño medido respecto de objetivos establecidos a nivel nacional y verificados por una entidad externa, el Agente Local del Fondo. A lo largo de todo el ciclo de una subvención, los fondos se desembolsan en diferentes plazos en función del rendimiento mostrado.

ARQUITECTURA DE SUBVENCIÓN

2 Inicialmente las nuevas propuestas se aprueban para ser financiadas durante dos años (la llamada "Fase 1"). Los programas con buen rendimiento pueden recibir financiamiento continuo y escalonado durante tres años más ("Fase 2"). Anteriormente, al finalizar la Fase 2, los programas con un desempeño óptimo podían recibir financiamiento continuo para dos fases más de tres años cada una (mediante el "Mecanismo de Continuación del Financiamiento"). La Junta ha decidido, por un lado, que los programas que ya se hayan aceptado para acogerse al Mecanismo de Continuación del Financiamiento, recibirán financiamiento tal como se había previsto y, por otro, que este mecanismo ya no estará disponible para nuevos candidatos en 2010. Por lo tanto, en el futuro los programas que completen la Fase 2 deberán solicitar la renovación de financiamiento presentando una nueva propuesta.

3 La arquitectura de elaboración de subvenciones del Fondo Mundial se encuentra en proceso de revisión para alinear de mejor manera los ciclos de financiamiento con los ciclos presupuestarios del país, agrupar las subvenciones y agilizar los procesos. Estos factores podrían alterar ligeramente el plazo y la duración de los compromisos para subvenciones individuales. Tal como se ha señalado anteriormente, es posible que los países presenten propuestas de alta calidad más extensas una vez que los costos de transacción se hayan reducido gracias a las reformas aplicadas para simplificar la forma de conceder el financiamiento del Fondo Mundial. Sin embargo, esto es difícil de cuantificar. Por lo tanto, a efectos del presente documento, se asume que la transición a la nueva arquitectura tendrá una repercusión general neutra en la demanda expresada en las nuevas propuestas y las prolongaciones de subvenciones. Aunque en algunos casos el plazo de los compromisos puede trasladarse a los años siguientes, esto no debería afectar materialmente a los compromisos previstos para períodos evolutivos de tres años.

COMPOSICIÓN DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA EL PERÍODO 2011-2013

4 La aportación de financiamiento de subvención cubre dos tipos principales de demanda:

- la continuación de programas; y
- nuevas propuestas (incluida la renovación de financiamiento para programas existentes que hayan agotado su derecho a recibir financiamiento de continuación).

Financiamiento de continuación

5 El Fondo Mundial prioriza la continuación de financiamiento para programas con buen rendimiento por encima del apoyo a nuevas propuestas. En el período 2011-2013, se necesitará el denominado "financiamiento de continuación priorizado" para los programas que completen la Fase 1, así como para los programas que completen los primeros tres años de financiamiento concedido a través del Mecanismo de Continuación del Financiamiento, siempre que dichos programas hayan ofrecido un buen desempeño. Conocido actualmente como financiamiento de Fase 2 o financiamiento obtenido mediante el Mecanismo de Continuación del Financiamiento, este financiamiento de continuación recibirá el nombre de "compromisos adicionales" al adoptarse la nueva arquitectura de subvención.

6 Debido a las limitaciones de recursos que existían cuando aprobó las propuestas en las Convocatorias 8ª y 9ª, la Junta decidió que debía aplicarse una reducción del 25% a las cantidades de Fase 2 de tales propuestas y que esta reducción debía rebajarse al 10% una vez se dispusiera de recursos adicionales¹. Así pues, se deben añadir los recursos requeridos para cumplir esta decisión al financiamiento de continuación regular de Fase 2.

¹ Párrafo 3 del Punto de Decisión GF/B20/DP9: "Compromisos adicionales de las Propuestas de la 9ª Convocatoria y Solicitudes basadas en la Estrategia Nacional: la aprobación por parte de la Junta de los compromisos adicionales para las propuestas de la 9ª Convocatoria y las Solicitudes basadas en la Estrategia Nacional (NSA, por sus siglas en inglés) estarán sujetas a un máximo colectivo de US\$ 2.852 millones (el 75% del importe solicitado en las propuestas de la 9ª Convocatoria para el tercer, cuarto y quinto año de ejecución y el 75% de las cantidades solicitadas en las NSA para los períodos posteriores a los dos primeros años). Estos límites, así como los límites establecidos en la Fase 2 de la 8ª Convocatoria en la decisión denominada "Decisiones de Financiación" adoptada en la 18ª Reunión de la Junta Directiva (GF/B18/DP13, párrafo 2), se incrementarán de un 75% a un 90% cuando se disponga de nuevos recursos, sujeto a la aprobación de la Junta en dicho momento".

Financiamiento para propuestas nuevas y ampliadas

7 La política² del Fondo Mundial establece que la Junta anunciará como mínimo una convocatoria de propuestas por año civil y que la Junta puede ajustar esta frecuencia en función de los recursos disponibles y el nivel de demanda manifestado. Esto permite a los solicitantes pedir fondos para nuevos programas o solicitar la continuación o ampliación de programas existentes cuando expire su financiamiento.

La oportunidad de financiamiento que ofrece el Fondo Mundial para las nuevas propuestas también permite a los programas con subvenciones existentes que ya no reúnen los requisitos para recibir financiamiento de continuación priorizado (es decir, al finalizar la Fase 2 o el Mecanismo de Continuación del Financiamiento), solicitar la renovación del financiamiento para subvenciones. Esto será de especial importancia para los programas que previamente habrían tenido acceso priorizado al financiamiento continuado a través del Mecanismo de Continuación del Financiamiento.

CUANTIFICACIÓN DE LOS ESCENARIOS DE RECURSOS

8 Los escenarios de recursos que se presentan a continuación cuantifican las necesidades en términos de las contribuciones que deberían aportar los donantes para atender los compromisos de subvención durante el período 2011-2013.

9 De conformidad con la Política Integral de Financiamiento del Fondo Mundial, la Junta puede aprobar financiamiento para subvenciones hasta la cantidad de bienes no comprometidos que ella determine estarán disponibles en el momento en que el Fondo Global asuma un compromiso para la cantidad de subvención (es decir, al firmar el acuerdo de subvención o en algún otro momento especificado en dicho acuerdo de subvención). Sin embargo, un acuerdo de subvención no puede formalizarse a menos que, en el acto de la firma, existan suficientes bienes no comprometidos, ya sea en forma de efectivo o pagarés depositados en el Fideicomisario, para cubrir la cantidad total del acuerdo de subvención. Por consiguiente, la cantidad señalada para cada escenario corresponde a las aportaciones necesarias para cumplir los **compromisos** financieros que surgirán durante el período de reposición.

10 En anteriores reposiciones, las necesidades de recursos se expresaron en forma de las cantidades necesarias justo cuando la Junta **aprobó** el financiamiento de las subvenciones. Desde entonces, la Junta ha introducido medidas que dividen el plazo de los compromisos de subvención para el financiamiento de continuación en dos fases, con la posibilidad de que el segundo compromiso se contraiga un año o más después del primero. Esto tiene el efecto pretendido de posponer el compromiso de una parte del financiamiento total aprobado para una subvención hasta el(los) año(s) siguiente(s) al año de aprobación. Asimismo, existe también un plazo de espera entre la aprobación de una subvención y la firma del acuerdo de subvención.

11 Debido a los factores mencionados anteriormente, existe en la actualidad una diferencia considerable entre las cantidades aprobadas y las comprometidas en cualquier período determinado. Tal como se menciona en el párrafo 10, el número de subvenciones que la Junta puede aprobar viene determinado por la cantidad de fondos que estarán disponibles para ser comprometidos cuando se firmen las subvenciones. Por consiguiente, desde una perspectiva de gestión financiera resulta más apropiado y eficaz cuantificar las necesidades de recursos en forma de las aportaciones necesarias (en el período de reposición) para atender los compromisos de subvención –en lugar de las aprobaciones de subvención– que se suscribirán durante dicho período. Al mismo tiempo, es importante reconocer que una parte de las subvenciones aprobadas durante el período de reposición dependerá de las aportaciones que se realicen con posterioridad a dicho período pero antes de que se suscriban los compromisos para dichas subvenciones. Por tanto, los escenarios indican explícitamente los compromisos financieros que surgirán después del período de reposición de 2013 con respecto a las subvenciones aprobadas durante el período de reposición 2011-2013.

RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN

12 Los recursos pretendidos en cada escenario aumentarán los recursos ya invertidos a través de subvenciones previamente aprobadas por el Fondo Mundial, con el objetivo de ampliar los resultados que se han logrado en la lucha contra las tres enfermedades y mantener o incrementar los numerosos beneficios que dichas inversiones han tenido para los sistemas de salud de los países receptores.

13 El presente documento describe los resultados que la inversión en cada escenario de financiamiento podría producir.

² En el párrafo 5 de la Política Integral de Financiamiento del Fondo Mundial (tal como se revisó en la 20ª Reunión de la Junta Directiva del 9 al 11 de noviembre de 2009) se establece lo siguiente: "La Junta anunciará como mínimo una convocatoria de propuestas por año civil. La Junta puede ajustar esta frecuencia en función de la necesidad y los recursos disponibles".

ESCENARIO 1

NUEVAS PROPUESTAS DE US\$ 1.300 MILLONES POR AÑO APORTACIÓN TOTAL: US\$ 13.000 MILLONES

- 1** El Escenario 1 muestra la cantidad de demanda que podría satisfacerse si las aportaciones para el período 2011-2013 ascendieran a US\$ 13.000 millones. **No se trata de un cálculo de la demanda prevista que, como ha demostrado la experiencia de los últimos años, superará con creces esta cantidad.**
- 2** El financiamiento aprobado para el período 2011-2013 ascendería a un total de casi US\$ 14.000 millones (línea 18 de la tabla que figura en la página siguiente), cifra desglosada como sigue:
 - a)** US\$ 8.500 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2 y Mecanismo de Continuación del Financiamiento) de subvenciones existentes (hasta e inclusive la 9ª Convocatoria).
 - b)** US\$ 3.900 millones para tres convocatorias de nuevas propuestas de US\$ 1.300 millones cada una para la Fase 1.
 - c)** US\$ 1.500 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2) de subvenciones de la 10ª Convocatoria.
- 3** Del financiamiento aprobado durante y antes del período 2011-2013, se **asignarían** US\$ 13.800 millones durante el período 2011-2013 (línea 22), dejando otros US\$ 3.300 millones para ser asignados más adelante (línea 27) de las nuevas aportaciones que se realizarán después de 2013.
- 4** Tras tener en cuenta los bienes sin comprometer por valor de US\$ 800 millones que se prevé quedarán a finales de 2010 (línea 26), se necesitarían unas aportaciones cifradas en **US\$ 13.000 millones** para el período 2011-2013 (línea 24).

3 Se asume que la 10ª Convocatoria será aprobada en 2010 en la misma cantidad de US\$ 13.000 millones para la Fase 1.

ESCENARIO 1

	2008-2010				2011-2013			
	2008	2009	2010	Total	2011	2012	2013	Total
1 APROBACIONES								
2 Fase 1 de Convocatorias 8ª y 9ª								
3 8ª Convocatoria	1,9	0,9		2,8				
4 9ª Convocatoria		1,7	0,7	2,4				
5 Convocatorias 8ª y 9ª	1,9	2,6	0,7	5,2				
6 Financiamiento de continuación priorizado hasta e inclusive la 9ª Convocatoria								
7 Fase 2	0,9	1,0	1,1	3,1	2,6	1,6	0,9	5,1
8 Disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª					0,4	0,3	0,2	0,9
9 Mecanismo de Continuación del Financiamiento (hasta el cese)	1,0	1,0	0,4	2,4	1,0	1,4	0,0	2,5
10 Continuaciones priorizadas	1,9	2,0	1,5	5,4	4,0	3,3	1,1	8,5
11 Nuevas propuestas (y su continuación)								
12 Fase 1 de la 10ª Convocatoria y posteriores:								
13 – Subvenciones actuales que solicitan renovación			0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	1,7
14 – Propuestas nuevas/ampliadas			0,5	0,5	0,8	0,7	0,7	2,2
15 Fase 1 de nuevas propuestas			1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	3,9
16 Continuación priorizada de la 10ª Convocatoria y posteriores							1,5	1,5
17 Nuevas propuestas - Fase 1 y continuación			1,3	1,3	1,3	1,3	2,9	5,4
18 Total de compromisos a contraer	3,8	4,6	3,5	11,9	5,3	4,6	4,0	14,0
19 Más: compromiso de aprobaciones del año anterior	1,9	3,5	4,0	} (0,9)	2,9	4,8	5,3	} (0,4)
20 Menos: aprobaciones que se comprometerán el año siguiente	(3,5)	(4,0)	(2,9)		(4,8)	(5,3)	(3,3)	
21 Gastos de operación, menos ingresos derivados de inversiones	(0,1)	0,1	0,1		0,1	0,1	0,1	
22 Total de compromisos a contraer	2,2	4,1	4,7	11,0	3,5	4,3	6,0	13,8
23 Menos: bienes no comprometidos al inicio del período				(1,8)				(0,8)
24 Aportaciones necesarias en el período				9,2				13,0
25 Aportaciones prometidas para 2008-2010	3,1	3,3	3,6	10,1				
26 Bienes no comprometidos al final del período				0,8				0,0
27 Subvenciones aprobadas para recibir financiamiento el año siguiente				2,9				3,3

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

Véase el anexo 1 para una explicación de cada línea de las tablas de escenarios.

CARACTERÍSTICAS CLAVE DEL ESCENARIO 1

5 Los US\$ 14.000 millones previstos para su aprobación en el período 2011-2013 según el Escenario 1:

- a) Permitirían continuar el financiamiento de los programas existentes durante el período 2011-2013. Se incluyen los programas con derecho a financiamiento de continuación priorizado (a través de la Fase 2 o el Mecanismo de Continuación del Financiamiento), y los programas que solicitarían renovar el financiamiento mediante nuevas propuestas.
- b) Proporcionarían US\$ 900 millones de financiamiento adicional para la Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª disminuyendo la reducción previamente establecida del 25% al 10% (línea 8).
- c) **Aportarían US\$ 3.900 millones para la Fase 1 de tres convocatorias de nuevas propuestas**, cada una de US\$ 1.300 millones por convocatoria (línea 15). De esta cifra, se dedicarían unos US\$ 1.700 millones a los programas existentes que soliciten renovar el financiamiento a través de nuevas propuestas (línea 13).

6 El financiamiento de US\$ 4.800 millones mencionado en b) y c) estaría disponible además de las cantidades necesarias para continuaciones priorizadas. Este nivel de financiamiento, equivalente a US\$ 1.600 millones por año, es inferior a la demanda expresada en las nuevas propuestas de la 9ª Convocatoria y está aproximadamente a medio camino entre los niveles de aprobaciones de nuevas propuestas por convocatoria de la 9ª Convocatoria (US\$ 2.400 millones) y la fase previa a la 8ª Convocatoria (US\$ 900 millones).

7 El nivel de financiamiento previsto según el Escenario 1 sería suficiente para cubrir únicamente parte de la demanda que probablemente se presentará en las propuestas de alta calidad de los próximos años, y disminuiría la tasa de aumento progresivo de las actividades para luchar contra las tres enfermedades.

8 Nota: antes de la aprobación de más propuestas nuevas después de la 9ª Convocatoria y de permitir la disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª (del 25% al 10%), las aportaciones necesarias para el período 2011-2013 ascenderían a US\$ 8.200 millones (tal como se indica en el anexo 2). Esta cifra concuerda con el presupuesto preliminar de US\$ 8.100 millones debatido en la 20ª Reunión de la Junta celebrada en noviembre de 2009.

RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN: RESULTADOS PREVISIBLES (ESCENARIO 1)

9 Calculamos que una inversión como la prevista en el Escenario 1 daría lugar a los aumentos siguientes en los servicios prestados en 2015, en comparación con los niveles de 2009:

- un total de 4,4 millones **de personas estarían bajo TARV**, comparado con los **2,5 millones** que había a finales de 2009;
- **3,9 millones de tratamientos según la estrategia DOTS** se administrarían anualmente, comparado con los **1,4 millones** registrados en 2009;
- **110 millones de MILD** serían distribuidos anualmente, frente a los **34 millones** de 2009;
- **2,5 millones de huérfanos** y otros niños vulnerables recibirían ayuda anualmente, en comparación con los **1,4 millones** de 2009;
- **610.000** mujeres seropositivas se beneficiarían de **PTMI** anualmente, frente a las **345.000** registradas en 2009.⁴

10 Estas cifras corresponderían al 20% del objetivo de acceso universal al TARV; el 42% de la necesidad mundial de MILD; el 44% de la necesidad mundial actual de PTMI; y apoyo para el 13%-17% de niños huérfanos a causa del SIDA (o el 2% de todos los huérfanos). En cuanto a la estrategia DOTS, los resultados previstos cumplirían totalmente con el objetivo de tratamiento del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis.

11 Según el Escenario 1, el TARV provisto salvaría cerca de 2,8 millones de años de vida⁵ tan sólo en 2015; la distribución de MILD salvaría aproximadamente 16 millones de años de vida; y la PTMI en torno a 2,5 millones de años de vida.

⁴ Pronósticos basados en proporciones asumidas de desembolsos asignados al VIH, la tuberculosis y la malaria y sus respectivas áreas de prestación de servicio, conforme a los patrones del período 2007-2009. Se ha descontado el cálculo estimado de años de vidas futuros salvados a una tasa del 3% por año. Véase el anexo 3 para una descripción detallada.

⁵ Una medida de resultados obtenida al multiplicar el número de individuos afectados por el número de años que se espera vivirá un individuo medio.

PERSPECTIVA A LARGO PLAZO DEL ESCENARIO 1

12 Si se siguieran aprobando nuevas propuestas al nivel de US\$ 1.300 millones por año,⁶ las necesidades de compromisos hasta 2017 serían las siguientes:

ESCENARIO 1

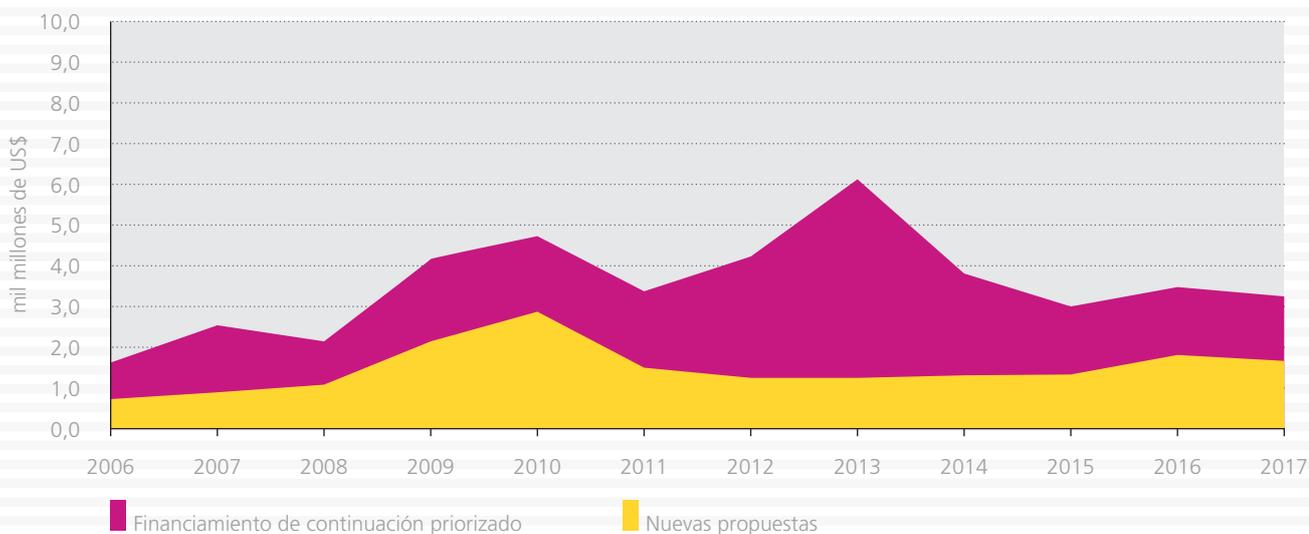
Compromisos en el año (mil millones de US\$)			Total: US\$ 9.000 millones			Total: US\$ 13.000 millones			Total: US\$ 11.000 millones			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Financiamiento de continuación priorizado	1,0	1,7	1,1	1,8	2,0	2,0	3,0	4,8	2,5	1,8	1,7	1,7
Nuevas propuestas	0,8	0,9	1,1	2,3	2,8	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,8	1,7
Compromisos totales por año	1,8	2,6	2,2	4,1	4,7	3,5	4,3	6,0	3,9	3,1	3,6	3,3
Menos: bienes no comprometidos al principio:			(1,8)			(0,8)						

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

13 El nivel menor de financiamiento para nuevas propuestas aprobadas (con inicio en 2011) daría lugar a niveles inferiores de financiamiento de continuación priorizado a partir de 2014. En consecuencia, el compromiso anual total necesario disminuiría pasando de un pico de US\$ 6.000 millones en 2013 a US\$ 3.300 millones para 2017. (Los niveles superiores de financiamiento de continuación de 2012 y 2013 se deben a que las cantidades de Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª son mucho mayores que en convocatorias anteriores).

14 Las cantidades previstas según el Escenario 1 permitirían la continuación de todos los componentes planificados de los programas financiados y no únicamente de aquellos elementos que se considera vitales para mantener la vida a largo plazo. En el documento de reposición *Efectos económicos y sanitarios del financiamiento continuado de las tres enfermedades: cálculos a largo plazo* se indican cuáles son los recursos necesarios para continuar con los servicios de mantenimiento de la vida a largo plazo que precisarán los componentes previstos que reciban dichos servicios gracias al apoyo del Fondo Mundial.

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA QUE PODRÍA CUBRIRSE SEGÚN EL ESCENARIO 1 (SI SE EXTENDIERA HASTA 2017)



⁶ En los años en que el número en la tabla excede los US\$ 1.300 millones, esto refleja las cantidades que se necesitan para la renovación de programas **existentes** (a través del canal de nuevas propuestas) que han alcanzado el final del período de financiamiento aprobado.

ESCENARIO 2

NUEVAS PROPUESTAS DE US\$ 2.200 MILLONES A US\$ 2.300 MILLONES POR AÑO APORTACIÓN TOTAL: US\$ 17.000 MILLONES

- 1** El Escenario 2 muestra los recursos que se necesitarían si la demanda expresada mediante nuevas propuestas ascendiera a US\$ 2.200 millones por año. Al igual que en el Escenario 1, se aportarían fondos adicionales por valor de US\$ 300 millones por año para permitir un aumento en las cantidades de Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª (rebajando la reducción del 25% al 10%). **Si estos dos elementos se combinan, el nivel de financiamiento es similar al nivel de US\$ 2.500 millones aprobados, por término medio, en las Convocatorias 8ª y 9ª. Esto permitiría mantener en términos generales el progreso de las trayectorias actuales.**
- 2** El financiamiento aprobado para el período 2011-2013 ascendería a un total de US\$ 18.300 millones (línea 18 de la tabla), desglosado del modo siguiente:
 - a)** US\$ 8.500 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2 y Mecanismo de Continuación del Financiamiento) de las subvenciones existentes (hasta e inclusive la 9ª Convocatoria).
 - b)** US\$ 6.800 millones para tres convocatorias de nuevas propuestas, cada una entre US\$ 2.200 millones y US\$ 2.300 millones para la Fase 1.⁷
 - c)** US\$ 3.000 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2) de las subvenciones de la 10ª Convocatoria.
- 3** Del financiamiento aprobado durante y antes del período 2011-2013, se asignarían US\$ 17.800 millones durante el período 2011-2013 (línea 22), dejando otros US\$ 4.800 millones para ser distribuidos más adelante (línea 27) de las nuevas contribuciones que se realizarán después de 2013.
- 4** Después de tener en cuenta los bienes no comprometidos por valor de US\$ 800 millones que se prevé quedarán a finales de 2010 (línea 26), se necesitarían aportaciones cifradas en **US\$ 17.000 millones** para el período 2011-2013 (línea 24).

⁷ Se asume que en 2010 la 10ª Convocatoria será aprobada en US\$ 2.500 millones para la Fase 1.

ESCENARIO 2

	2008-2010				2011-2013			
	2008	2009	2010	Total	2011	2012	2013	Total
1 APROBACIONES								
2 Fase 1 de Convocatorias 8ª y 9ª								
3 8ª Convocatoria	1,9	0,9		2,8				
4 9ª Convocatoria		1,7	0,7	2,4				
5 Convocatorias 8ª y 9ª	1,9	2,6	0,7	5,2				
6 Financiamiento de continuación priorizado hasta e inclusive la 9ª Convocatoria								
7 Fase 2	0,9	1,0	1,1	3,1	2,6	1,6	0,9	5,1
8 Disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª					0,4	0,3	0,2	0,9
9 Mecanismo de Continuación del Financiamiento (hasta el cese)	1,0	1,0	0,4	2,4	1,0	1,4	0,0	2,5
10 Continuaciones priorizadas	1,9	2,0	1,5	5,4	4,0	3,3	1,1	8,5
11 Nuevas propuestas (y su continuación)								
12 Fase 1 de la 10ª Convocatoria y posteriores:								
13 – Subvenciones actuales que solicitan renovación			0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	1,7
14 – Propuestas nuevas/ampliadas			1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	5,1
15 Fase 1 de nuevas propuestas			2,5	2,5	2,2	2,3	2,3	6,8
16 Continuación priorizada de la 10ª Convocatoria y posteriores							3,0	3,0
17 Nuevas propuestas - Fase 1 y continuación			2,5	2,5	2,2	2,3	5,3	9,8
18 Total de compromisos a contraer	3,8	4,6	4,7	13,1	6,3	5,6	6,4	18,3
19 Más: compromiso de aprobaciones del año anterior	1,9	3,5	4,0	} (2,1)	4,1	5,8	6,3	} (0,8)
20 Menos: aprobaciones que se comprometerán el año siguiente	(3,5)	(4,0)	(4,1)		(5,8)	(6,3)	(4,8)	
21 Gastos de operación, menos ingresos derivados de inversiones	(0,1)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
22 Total de compromisos a contraer	2,2	4,1	4,7	11,0	4,7	5,2	7,9	17,8
23 Menos: bienes no comprometidos al inicio del período				(1,8)				(0,8)
24 Aportaciones necesarias en el período				9,2				17,0
25 Aportaciones prometidas para 2008-2010	3,1	3,3	3,6	10,1				
26 Bienes no comprometidos al final del período				0,8				0,0
27 Subvenciones aprobadas para recibir financiamiento el año siguiente				4,1				4,8

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

Véase el anexo 1 para una explicación de cada línea de las tablas de escenarios.

CARACTERÍSTICAS CLAVE DEL ESCENARIO 2

5 Los US\$ 18.300 millones previstos para su aprobación según el Escenario 2:

- a) Permitirían continuar el financiamiento de los programas existentes durante el período 2011-2013. Se incluyen los programas con derecho a financiamiento de continuación priorizado (a través de la Fase 2 o el Mecanismo de Continuación del Financiamiento), y los programas que solicitarían renovar el financiamiento mediante nuevas propuestas.
- b) Proporcionarían US\$ 900 millones de financiamiento adicional para la Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª rebajando la reducción del 25% al 10% (línea 8).
- c) Aportarían **US\$ 6.800 millones para la Fase 1 de tres convocatorias de nuevas propuestas** de aproximadamente US\$ 2.300 millones cada una (línea 15). De esta cifra, se dedicarían unos US\$ 1.700 millones a los programas existentes que soliciten renovar el financiamiento a través de nuevas propuestas (línea 13).

6 El financiamiento de US\$ 7.700 millones mencionado en b) y c) estaría disponible además de las cantidades necesarias para continuaciones priorizadas. Este nivel de financiamiento, cifrado en torno a los US\$ 2.600 millones por año, se sitúa entre los niveles de demanda de nuevas propuestas observados en las Convocatorias 8ª y 9ª (US\$ 2.700 millones y US\$ 2.400 millones respectivamente).

RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN: RESULTADOS PREVISIBLES (ESCENARIO 2)

7 Una inversión como la prevista en el Escenario 2 daría lugar a los siguientes aumentos progresivos en los servicios prestados en 2015, en comparación con los niveles de 2009:

- un total de **5,8 millones de personas estarían bajo TARV**, comparado con los **2,5 millones** que había a finales de 2009;
- **5,2 millones de tratamientos según la estrategia DOTS** se administrarían anualmente, comparado con los **1,4 millones** registrados en 2009;
- **147 millones de MILD** serían distribuidos anualmente, frente a los **34 millones** de 2009;
- **3,4 millones de huérfanos** y otros niños vulnerables recibirían ayuda anualmente, en comparación con los **1,4 millones** de 2009;
- **820.000** mujeres seropositivas se beneficiarían de **PTMI** anualmente, frente a las **345.000** registradas en 2009.

8 Estas cifras corresponderían al 27% del objetivo de acceso universal al TARV; el 56% de la necesidad mundial de MILD; el 58% de la necesidad mundial actual de PTMI; y apoyo para el 18%-23% de niños huérfanos a causa del SIDA (o el 2,3% de todos los huérfanos). En cuanto a la estrategia DOTS, los resultados previstos equivaldrían al 134% del objetivo de tratamiento del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis.⁸

9 Según el Escenario 2, los servicios de TARV salvarían cerca de 3 millones de años de vida tan sólo en 2015; la distribución de MILD salvaría aproximadamente 21 millones de años de vida, y la PTMI en torno a 3,3 millones de años de vida. En el caso de los MILD y la PTMI, estas cifras constituirían un aumento considerable de la repercusión en la salud comparado con el Escenario 1. Para el TARV, se observa una diferencia mayor en relación al Escenario 1, fundamentalmente en los años 2016 y 2017, si los pacientes se mantienen en tratamiento (véase el anexo 3).

⁸ Este logro por encima del objetivo previsto se debe a las proporciones fijas asumidas de desembolsos asignados específicamente a los servicios de tuberculosis y DOT básico, como en las otras áreas de prestación de servicio, según los patrones del período 2007-2009. En realidad, es muy probable que los incrementos futuros en el financiamiento se trasladen a otras áreas de servicio (tales como el tratamiento de la TB-MR y la ampliación de las actividades de divulgación para mejorar las tasas de detección y curación de casos). Véase el anexo 3 para una descripción detallada.

PERSPECTIVA A LARGO PLAZO DEL ESCENARIO 2

10 Si la demanda mostrada en las nuevas propuestas continuara en el nivel de US\$ 2.200 millones a US\$ 2.300 millones previsto en el Escenario 2,⁹ las necesidades de compromisos hasta 2017 serían las siguientes:

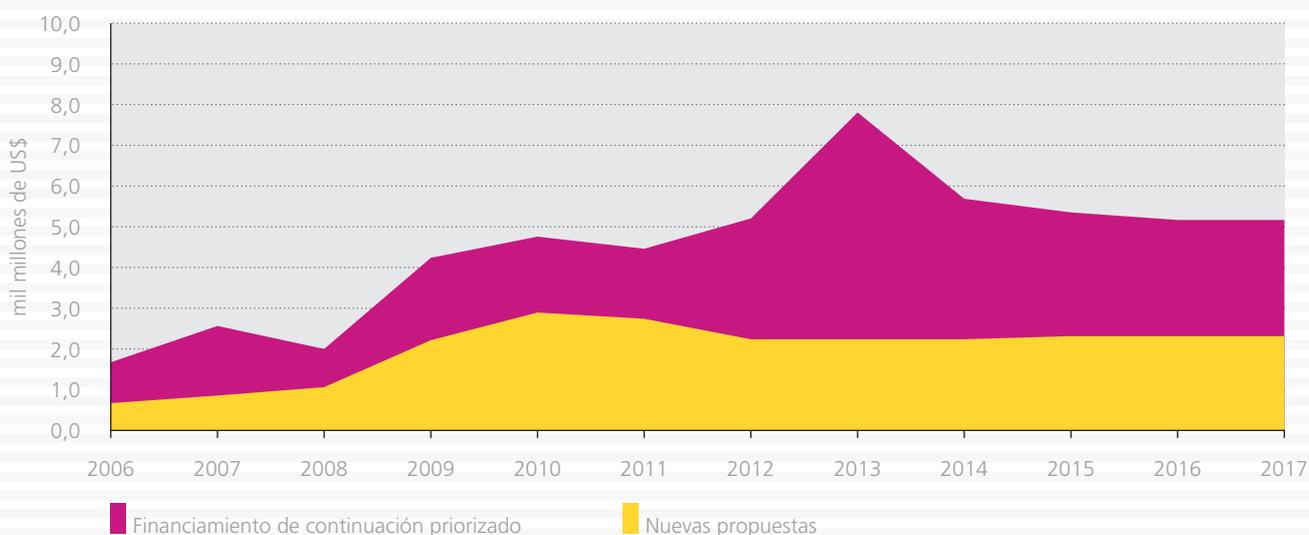
ESCENARIO 2			Total: US\$ 9.000 millones			Total: US\$ 17.000 millones			Total: US\$ 16.000 millones			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Compromisos en el año (mil millones de US\$)												
Financiamiento de continuación priorizado	1,0	1,7	1,1	1,8	2,0	2,0	3,0	5,7	3,3	3,0	2,9	2,9
Nuevas propuestas	0,8	0,9	1,1	2,3	2,8	2,7	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Compromisos totales por año	1,8	2,6	2,2	4,1	4,7	4,7	5,2	7,9	5,7	5,3	5,2	5,2
Menos: bienes no comprometidos al principio:			(1,8)			(0,8)						

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

11 Los mayores niveles de financiamiento de continuación de 2012 y 2013 se deben a que las cantidades de Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª son mucho más elevadas que en convocatorias anteriores. Si se mantuviera constante el nivel de las nuevas propuestas aprobadas a partir de 2011, el total de las necesidades de compromisos anuales alcanzaría un punto máximo de US\$ 7.900 millones en 2013 y posteriormente se estabilizaría en un nivel aproximado de US\$ 5.200 millones.

12 Este escenario permitiría la continuación de todos los componentes planificados de los programas financiados y no únicamente de aquellos elementos relativos al mantenimiento de la vida a largo plazo. En el documento de reposición *Efectos económicos y sanitarios del financiamiento continuado de las tres enfermedades: cálculos a largo plazo* se indican cuáles son los recursos necesarios para continuar con los servicios de mantenimiento de la vida a largo plazo que precisarán los componentes previstos que reciban dichos servicios gracias al apoyo del Fondo Mundial.

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA QUE PODRÍA CUBRIRSE SEGÚN EL ESCENARIO 2 (SI SE EXTENDIERA HASTA 2017)



⁹ En los años en que la cifra que aparece en la tabla excede los US\$ 2.200 millones, se entiende que esto refleja las cantidades necesarias para la renovación de programas **existentes** (a través del canal de nuevas propuestas) que han alcanzado el final del período de financiamiento aprobado.

ESCENARIO 3

AUMENTO DE NUEVAS PROPUESTAS DE US\$ 3.500 MILLONES EN 2011 A US\$ 4.500 MILLONES EN 2013 TOTAL DE CONTRIBUCIONES: US\$ 20.000 MILLONES

- 1** El Escenario 2 muestra los recursos que se necesitarían si la demanda expresada mediante nuevas propuestas ascendiera a US\$ 3.500 millones en 2011 y a US\$ 4.500 millones en 2013. Este nivel de demanda superior, comparado con la demanda cifrada en US\$ 2.700 millones y US\$ 2.400 millones para nuevas propuestas en las Convocatorias 8ª y 9ª, respectivamente, permitiría que los programas se ampliaran más rápidamente que en los últimos años en un esfuerzo por acelerar los avances hacia la consecución de los componentes clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.
- 2** El financiamiento aprobado para el período 2011-2013 ascendería a un total de US\$ 23.500 millones (línea 18 de la tabla), desglosado del modo siguiente:
 - a)** US\$ 8.500 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2 y Mecanismo de Continuación del Financiamiento) de las subvenciones existentes (hasta e inclusive la 9ª Convocatoria).
 - b)** US\$ 12.000 millones para tres convocatorias de nuevas propuestas¹⁰.
 - c)** US\$ 3.000 millones para continuaciones priorizadas (Fase 2) de las subvenciones para la 10ª Convocatoria.
- 3** Del financiamiento aprobado durante y antes del período 2011-2013, se asignarían **US\$ 20.800 millones** durante el período 2011-2013 (línea 22), dejando otros US\$ 7.000 millones para ser distribuidos más adelante (línea 27) de las nuevas contribuciones a realizar después de 2013.
- 4** Después de tener en cuenta los bienes no comprometidos por valor de US\$ 800 millones que se prevé quedarán a finales de 2010 (línea 26), se necesitarían unas aportaciones cifradas en US\$ 20.000 millones para el período 2011-2013 (línea 24).

¹⁰ Se asume que en 2010 la 10ª Convocatoria será aprobada en US\$ 2.500 millones.

ESCENARIO 3

1 APROBACIONES

2 Fase 1 de Convocatorias 8ª y 9ª

3 8ª Convocatoria

4 9ª Convocatoria

5 Convocatorias 8ª y 9ª

6 Financiamiento de continuación priorizado hasta e inclusive la 9ª Convocatoria

7 Fase 2

8 Disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª

9 Mecanismo de Continuación del Financiamiento (hasta el cese)

10 Continuaciones priorizadas

11 Nuevas propuestas (y su continuación)

12 Fase 1 de la 10ª Convocatoria y posteriores:

13 – Subvenciones actuales que solicitan renovación

14 – Propuestas nuevas/ampliadas

15 Fase 1 de nuevas propuestas

16 Continuación priorizada de la 10ª Convocatoria y posteriores

17 Nuevas propuestas - Fase 1 y continuación

18 Total de compromisos a contraer

19 Más: compromiso de aprobaciones del año anterior

20 Menos: aprobaciones que se comprometerán el año siguiente

21 Gastos de operación, menos ingresos derivados de inversiones

22 Total de compromisos a contraer

23 Menos: bienes no comprometidos al inicio del período

24 Aportaciones necesarias en el período

25 Aportaciones prometidas para 2008-2010

26 Bienes no comprometidos al final del período

27 Subvenciones aprobadas para recibir financiamiento el año siguiente

	2008-2010				2011-2013			
	2008	2009	2010	Total	2011	2012	2013	Total
1 APROBACIONES								
2 Fase 1 de Convocatorias 8ª y 9ª								
3 8ª Convocatoria	1,9	0,9		2,8				
4 9ª Convocatoria		1,7	0,7	2,4				
5 Convocatorias 8ª y 9ª	1,9	2,6	0,7	5,2				
6 Financiamiento de continuación priorizado hasta e inclusive la 9ª Convocatoria								
7 Fase 2	0,9	1,0	1,1	3,1	2,6	1,6	0,9	5,1
8 Disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª					0,4	0,3	0,2	0,9
9 Mecanismo de Continuación del Financiamiento (hasta el cese)	1,0	1,0	0,4	2,4	1,0	1,4	0,0	2,5
10 Continuaciones priorizadas	1,9	2,0	1,5	5,4	4,0	3,3	1,1	8,5
11 Nuevas propuestas (y su continuación)								
12 Fase 1 de la 10ª Convocatoria y posteriores:								
13 – Subvenciones actuales que solicitan renovación			0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	1,7
14 – Propuestas nuevas/ampliadas			1,7	1,7	3,0	3,4	3,9	10,3
15 Fase 1 de nuevas propuestas			2,5	2,5	3,5	4,0	4,5	12,0
16 Continuación priorizada de la 10ª Convocatoria y posteriores							3,0	3,0
17 Nuevas propuestas - Fase 1 y continuación			2,5	2,5	3,5	4,0	7,5	15,0
18 Total de compromisos a contraer	3,8	4,6	4,7	13,1	7,6	7,3	8,6	23,5
19 Más: compromiso de aprobaciones del año anterior	1,9	3,5	4,0	} (2,1)	4,1	7,1	8,0	} (3,0)
20 Menos: aprobaciones que se comprometerán el año siguiente	(3,5)	(4,0)	(4,1)		(7,1)	(8,0)	(7,0)	
21 Gastos de operación, menos ingresos derivados de inversiones	(0,1)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
22 Total de compromisos a contraer	2,2	4,1	4,7	11,0	4,7	6,5	9,6	20,8
23 Menos: bienes no comprometidos al inicio del período				(1,8)				(0,8)
24 Aportaciones necesarias en el período				9,2				20,0
25 Aportaciones prometidas para 2008-2010	3,1	3,3	3,6	10,1				
26 Bienes no comprometidos al final del período				0,8				0,0
27 Subvenciones aprobadas para recibir financiamiento el año siguiente				4,1				7,0

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

Véase el anexo 1 para una explicación de cada línea de las tablas de escenarios.

CARACTERÍSTICAS CLAVE DEL ESCENARIO 3

5 Los US\$ 23.500 millones previstos para su aprobación según el Escenario 3:

- a) Permitirían continuar el financiamiento de los programas existentes durante el período 2011-2013. Se incluyen los programas con derecho a financiamiento de continuación priorizado (a través de la Fase 2 o el Mecanismo de Continuación del Financiamiento), y los programas que solicitarían renovar el financiamiento mediante nuevas propuestas basadas en convocatorias.
- b) Proporcionarían US\$ 900 millones de financiamiento adicional para la Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª rebajando la reducción del 25% al 10% (línea 8).
- c) Aportarían **US\$ 12.000 millones para la Fase 1 de tres convocatorias de nuevas propuestas**, oscilando entre US\$ 3.500 millones y US\$ 4.500 millones por convocatoria (línea 15). De esta cifra, se dedicarían unos US\$ 1.700 millones a los programas existentes que soliciten renovar el financiamiento a través de nuevas propuestas (línea 13).

6 Una cantidad global de US\$ 23.500 millones para aprobación de subvenciones, de la cual US\$ 20.800 millones se comprometerían en el período 2011-2013, permitiría un mayor progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tal como se describe a continuación.

RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN: RESULTADOS PREVISIBLES (ESCENARIO 3)

7 Una inversión como la prevista en el Escenario 3 daría lugar a los siguientes aumentos progresivos en los servicios prestados en 2015, en comparación con los niveles de finales de 2009:

- un total de **7,5 millones de personas estarían bajo TARV**, comparado con los 2,5 millones que había a finales de 2009;
- **6,8 millones de tratamientos según la estrategia DOTS** se administrarían anualmente, comparado con los **1,4 millones** registrados en 2009;
- **190 millones de MILD** serían distribuidos anualmente, frente a los **34 millones** de 2009;
- **4,4 millones de huérfanos** y otros niños vulnerables recibirían ayuda anualmente, en comparación con los **1,4 millones** de 2009;
- **1,1 millones** de mujeres seropositivas se beneficiarían de **PTMI** anualmente, frente a las **345.000** registradas en 2009.

8 Estas cifras corresponderían al 34% del objetivo de acceso universal al TARV; el 72% de la necesidad mundial de MILD; el 76% de la necesidad mundial actual de PTMI; y apoyo para el 23%-29% de niños huérfanos a causa del SIDA (o el 3% de todos los huérfanos). En cuanto a la estrategia DOTS, los resultados previstos equivaldrían al 173% del objetivo de tratamiento del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis.¹¹

9 Según el Escenario 3, los servicios de TARV salvarían cerca de 3 millones de años de vida tan sólo en 2015; la distribución de MILD salvaría aproximadamente 23,5 millones de años de vida, y la PTMI en torno a 4,3 millones de años de vida. En el caso de los MILD y la PTMI, estas cifras constituirían un aumento considerable de la repercusión en la salud comparado con el Escenario 2. Dado que se asume que el efecto del TARV se retrasará, su repercusión sanitaria en 2015 sería similar a la descrita en el Escenario 2. Sin embargo, sería previsible que en 2016 y 2017 se registrara un incremento cuantificable con respecto al Escenario 2 si los pacientes se mantuvieran en tratamiento (véase el anexo 3).

¹¹ Sin embargo, tal como se describe más detalladamente en la nota de pie nº 8 y en el anexo 3, es muy probable que los aumentos de recursos se trasladaran a otras áreas de servicio, tales como el tratamiento de la TB-MR y la ampliación de las actividades de divulgación para mejorar las tasas de detección y curación de casos.

PERSPECTIVA A LARGO PLAZO DEL ESCENARIO 3

10 Si las aprobaciones de nuevas propuestas continuaran después de 2013 al nivel de US\$ 4.500 millones, y permitieran al mismo tiempo la continuación de los programas, las necesidades de compromiso previstas hasta 2017 podrían ser las siguientes:

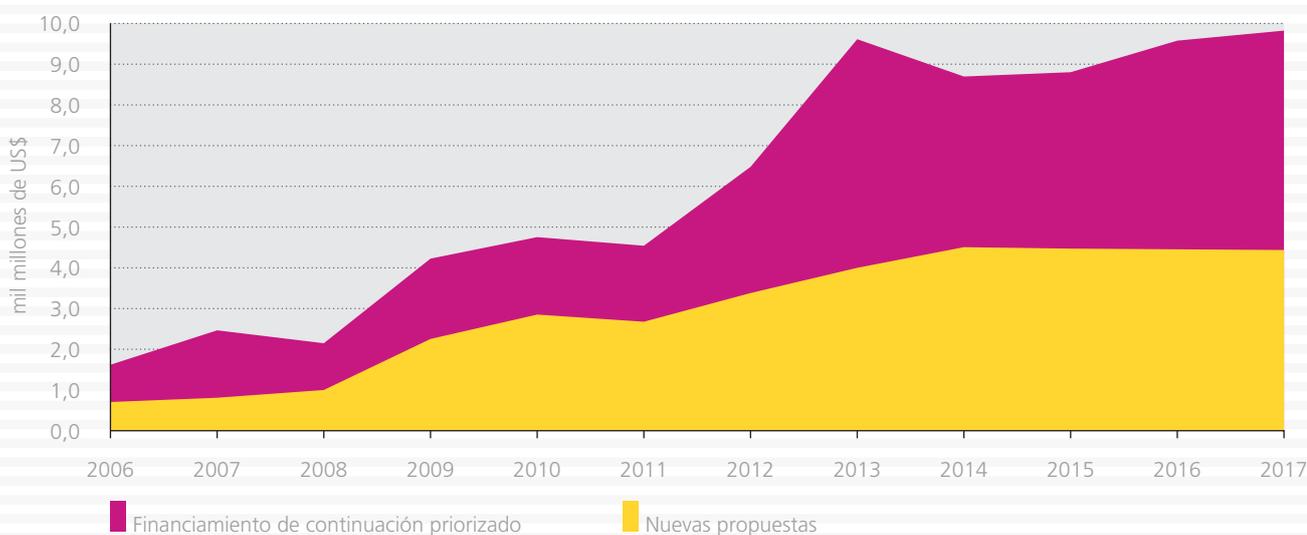
ESCENARIO 3			Total: US\$ 9.000 millones			Total: US\$ 20.000 millones			Total: US\$ 27.000 millones			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Compromisos en el año (mil millones de US\$)												
Financiamiento de continuación priorizado	1,0	1,7	1,1	1,8	2,0	2,0	3,0	5,7	4,3	4,4	5,1	5,3
Nuevas propuestas	0,8	0,9	1,1	2,3	2,8	2,7	3,5	4,0	4,5	4,5	4,5	4,5
Compromisos totales por año	1,8	2,6	2,2	4,1	4,7	4,7	6,5	9,6	8,8	8,9	9,6	9,8
Menos: bienes no comprometidos al principio:			(1,8)			(0,8)						

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

11 Los mayores niveles de financiamiento de continuación de 2012 y 2013 se deben a que las cantidades de Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª son mucho más elevadas que en convocatorias anteriores. Si se mantuviera constante el nivel de las nuevas propuestas aprobadas a partir de 2013, el total de las necesidades de compromisos alcanzaría un punto máximo de US\$ 9.600 millones en 2017 y posteriormente se estabilizaría en un nivel rayano en los US\$ 10.000 millones.

12 Este escenario permite la continuación de todos los componentes planificados de los programas financiados y no únicamente de aquellos elementos relativos al mantenimiento de la vida a largo plazo. En el documento de reposición *Efectos económicos y sanitarios del financiamiento continuado de las tres enfermedades: cálculos a largo plazo* se indican cuáles son los recursos necesarios para continuar con los servicios de mantenimiento de la vida a largo plazo que precisarán los componentes que se prevé reciban dichos servicios gracias al apoyo del Fondo Mundial.

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA QUE PODRÍA CUBRIRSE SEGÚN EL ESCENARIO 3 (SI SE EXTENDIERA HASTA 2017)



RESUMEN

El **Escenario 1** permitiría la continuación del financiamiento de los programas existentes. Los nuevos programas sólo podrían financiarse a un nivel considerablemente menor que el de los últimos años. Por lo tanto, este escenario no representa un cálculo del volumen de propuestas de alta calidad que está previsto se presenten. Más bien indica el nivel de demanda que podría satisfacerse con los recursos previstos.

RECURSOS NECESARIOS EN EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 13.000 MILLONES

El **Escenario 2** permitiría la continuación del financiamiento de los programas existentes, así como el financiamiento de nuevas propuestas a un nivel cercano al de los últimos años. Asimismo, se podrían mantener las trayectorias actuales de progreso.

RECURSOS NECESARIOS EN EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 17.000 MILLONES

El **Escenario 3** permitiría la continuación del financiamiento de los programas existentes. Además, los programas de buen rendimiento podrían ser ampliados progresivamente de forma significativa, lo que daría lugar a un avance más rápido hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

RECURSOS NECESARIOS EN EL PERÍODO 2011-2013: US\$ 20.000 MILLONES

NIVEL DE FINANCIAMIENTO PARA LOS TRES ESCENARIOS



SERVICIOS Y REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Las prestaciones de servicios planificadas conforme a los tres escenarios corresponden a diversos grados de progreso hacia la consecución de objetivos internacionales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015. Solamente las inversiones del Fondo Mundial en MILD cubrirían entre el 42% y el 72% de la necesidad mundial en 2015 (o entre el 54% y el 94% de la necesidad del África subsahariana). Al combinarse con los objetivos de la Iniciativa de Salud Mundial (ISM) de EE.UU. para 2014, los esfuerzos conjuntos ascenderían a un 70%-100% de la necesidad mundial de MILD (véase la tabla inferior). De forma similar, las inversiones del Fondo Mundial por sí solas representarían del 44% al 76% de la necesidad mundial estimada de PMTI, y las inversiones del Fondo Mundial junto a las de la ISM de EE.UU. representaría entre el 78% y el 110%. En cuanto al TARV, las inversiones del Fondo Mundial cubrirían entre el 20% y el 34% del objetivo de acceso universal para 2015; en combinación con la ISM de EE.UU. para 2014, estas inversiones alcanzarían entre el 38% y el 53% (véase la tabla inferior y los objetivos de la ISM de EE.UU. en la tabla 4 del anexo 3).¹²

¹² Véase el anexo 3 para una descripción detallada.

Esto se traduciría en que, sólo en 2015, se podrían salvar entre 16 millones y 23,5 millones de años de vida mediante la distribución de MILD; entre 2,9 millones y 3 millones de años de vida con la administración de TARV; y de 2,5 millones a 4,3 millones de años de vida gracias a la PTMI. En los años siguientes, estos efectos en la salud aumentarían, especialmente en los escenarios 2 y 3.

TABLA. CÁLCULO DE PRESTACIONES, OBJETIVOS Y NECESIDADES DE SERVICIOS EN 2015

	Resultados 2015				Objetivo o necesidad mundial	Definición y fuente del objetivo o necesidad
	Resultados Fondo Mundial 2009	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3		
TARV: personas bajo TARV	2,5 millones	4,4 millones (20%)	5,8 millones (27%)	7,5 millones (34%)	2015 : 21,9 millones	Meta de 2015 para el acceso universal/escenario de Objetivos de Desarrollo del Milenio, es decir, el 80% de la necesidad [1], basada en las directrices de la OMS de 2006. Según las directrices de tratamiento revisadas en 2009 por la OMS [2], la necesidad y la meta aumentarían en ≥50%.
DOTS: tratamiento de casos con frotis positivo	1,4 millones	3,9 millones (100%)	5,2 millones (134%)	6,8 millones (173%)	2015 : 3,9 millones	Meta según la tasa de detección de casos planificada para 2015 en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis [3], aplicada a los casos con frotis positivo calculados por la OMS en 2008 [12], que se ha ajustado a 2015 mediante pronóstico adelantado log-lineal (OMS 2010).
MILD: distribuciones anuales (de las cuales el 64% en el África subsahariana)	34 millones	Mundial: 110 millones (42%)	Mundial: 147 millones (56%)	Mundial: 190 millones (72%)	Mundial 2015: 264 millones	Plan de Acción Mundial contra la Malaria, para la cobertura eficaz con 790 millones de MILD que permita proteger a 1.600 millones de personas en riesgo [4].
	27 millones	África: 70 millones (54%)	África: 94 millones (73%)	África: 121 millones (94%)	África 2015: 129 millones	Plan de Acción Mundial contra la Malaria [4], [13], departamento PAM de la OMS, para la cobertura eficaz con 388 millones de MILD que permita proteger a 776 millones de personas en riesgo.
PTMI: mujeres seropositivas que reciben TARV	0,35 millones	0,61 millones (44%)	0,82 millones (58%)	1,06 millones (76%)	2008: 1,4 millones	Necesidad mundial, 2008, definida como los embarazos en mujeres seropositivas [5]. Se supone un desembolso constante por mujer seropositiva.
Huérfanos y otros niños vulnerables que reciben ayuda	1,4 millones	2,5 millones (17%)	3,4 millones (23%)	4,4 millones (29%)	2007: 15 millones	Huérfanos a causa del SIDA que vivían en 2007 [7].
		13%	18%	23%	2015: 19 millones	Meta del ONUSIDA para 2015 para el acceso universal/escenario de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es decir, cobertura del 80% de la necesidad [1].
		1,8%	2,3%	3%	2007: 145 millones	Total de huérfanos en 2007 (UNICEF).

Nota: las cifras de TARV representan pacientes vivos que siguen TARV; todas las demás cifras se refieren a prestación de servicios anuales (no acumulativos). Para referencias al respecto, véase el anexo 3.

ANEXO 1: EXPLICACIÓN DE LOS CONTENIDOS PARA CADA LÍNEA DE LAS TABLAS DE ESCENARIOS

A continuación se explican los contenidos de las líneas que aparecen en las tablas de escenarios.

LÍNEA 1 – APROBACIONES:

Las cantidades de financiamiento para subvenciones **aprobadas** por la Junta en el año en cuestión.

LÍNEAS 2 A 5 – FASE 1 DE CONVOCATORIAS 8ª Y 9ª:

La Fase 1 es la fase inicial de dos años de las subvenciones aprobadas en las Convocatorias 8ª y 9ª.

Las líneas 3 y 4 ofrecen las cantidades de financiamiento aprobadas en el año para las subvenciones aprobadas en cada una de dichas convocatorias.

LÍNEAS 6 A 10 – FINANCIAMIENTO DE CONTINUACIÓN HASTA E INCLUSIVE LA 9ª CONVOCATORIA:

El financiamiento aprobado en el año para la continuación de subvenciones en la Fase 2, y ambas fases del Mecanismo de Continuación del Financiamiento para subvenciones que originalmente fueron aprobadas en diferentes convocatorias hasta e inclusive la 9ª Convocatoria. Este financiamiento tiene prioridad sobre el de nuevas propuestas (y será conocido como “compromisos adicionales” una vez concluida la transición a la nueva arquitectura de subvenciones).

La Fase 2 es un período de generalmente tres años que sigue a la Fase 1. El Mecanismo de Continuación del Financiamiento 1 y el Mecanismo de Continuación del Financiamiento 2 son dos fases consecutivas que se desarrollan después de la Fase 2, cada una durante un período de hasta tres años. El acceso al financiamiento de Fase 2 y al del Mecanismo de Continuación del Financiamiento depende del rendimiento que demuestre el programa financiado. Las tasas de continuación asumidas se basan en la experiencia.

Las líneas 7 y 9 muestran las cantidades de financiamiento que se prevé serán aprobadas en el año para la Fase 2 y el Mecanismo de Continuación del Financiamiento, respectivamente. El acceso al Mecanismo de Continuación del Financiamiento 1 cesará en 2010; las subvenciones que ya se hayan aprobado para esta fase podrán, en función del rendimiento obtenido, optar al Mecanismo de Continuación del Financiamiento 2.

La línea 8 presenta un aumento en las cantidades de Fase 2 previstas para las Convocatorias 8ª y 9ª, las cuales se han reducido en un 25% de la cantidad recomendada por el Panel de Revisión Técnica, conforme a la limitación que la Junta acordó. La Junta también decidió que esta limitación se incrementará pasando de un 75% a un 90% cuando se disponga de nuevos recursos, con sujeción a la oportuna aprobación de la Junta.

LÍNEAS 11 A 17 – NUEVAS PROPUESTAS (Y SU CONTINUACIÓN):

Figuran las cantidades que se prevé serán aprobadas en cada escenario para las propuestas presentadas a través del mecanismo de financiamiento de nuevas propuestas, y la posterior continuación priorizada de estas subvenciones al finalizar la Fase 1 (dependiendo del rendimiento). Ofrece además las cantidades que se aprobarán en el año para las nuevas propuestas con posterioridad a la 9ª Convocatoria.

Al igual que las solicitudes de financiamiento nuevas o ampliadas, los programas que hayan agotado los fondos de una subvención determinada también podrán pedir la renovación del financiamiento solicitando una nueva subvención mediante el mecanismo para nuevas propuestas. Las líneas 13 y 14 presentan las cantidades previstas de demanda correspondientes a cada uno de estos componentes para una fase inicial de dos años; el total figura en la línea 15.

La línea 17 pronostica la demanda de financiamiento de continuación priorizado (compromisos adicionales) para estas subvenciones, después de finalizar una fase inicial de dos años.

LÍNEA 18 – TOTAL DE APROBACIONES DE SUBVENCIONES:

Figura el total de las cantidades de financiamiento que se prevé serán aprobadas en el año.

LÍNEAS 19 A 22 – TOTAL DE COMPROMISOS A CONTRAER:

Por "compromisos" se entiende la cantidad económica de los compromisos contractuales que se prevé se contraigan en el año al firmar un acuerdo de subvención (o su extensión) con respecto al financiamiento aprobado por la Junta para una subvención (o su continuación). Existe necesariamente un intervalo de tiempo entre la aprobación de financiamiento por parte de la Junta y la entrada en vigor del compromiso contractual correspondiente. Además, en la actualidad las extensiones de subvención para la Fase 2 y el Mecanismo de Continuación del Financiamiento permiten que el compromiso de financiamiento se materialice en dos etapas, postergando de ese modo el compromiso de una tercera parte del financiamiento aprobado hasta el segundo año de la fase. Así pues, en un momento determinado habrá una cantidad del financiamiento aprobado para la cual todavía no se haya formalizado el compromiso.

La línea 19 proporciona la cantidad de financiamiento aprobado que se prevé no haya sido comprometido al inicio del año.

La línea 20 muestra la cantidad correspondiente al final del año.

La línea 21 indica la cantidad de compromisos que se espera surjan de los gastos operativos (que son distintos de las subvenciones), menos la cantidad de rentas de inversión que está previsto se deriven de los fondos que obren en poder del Fideicomisario hasta el momento de su desembolso a los receptores de subvenciones.

Por consiguiente, la suma de las líneas 19, 20 y 21 da como resultado la cantidad de compromisos a contraer en el año.

La línea 22, que es la suma de las líneas 18 a 21, proporciona el total de compromisos que se formalizarán en el año.

LÍNEAS 23 Y 24:

La línea 23 presenta los bienes no comprometidos al inicio del período, es decir, la cantidad de bienes (en efectivo y pagarés) que se prevé serán depositados en poder del Fideicomisario al comienzo del período, menos la cantidad de compromisos que en ese momento no se hayan desembolsado. Esta cantidad está disponible para financiar los compromisos que se vayan a contraer durante el período.

La línea 24 descuenta los bienes no comprometidos al inicio del período (conforme a la línea 23) de la cantidad de compromisos que se vayan a contraer durante el año (conforme a la línea 22). El resultado (según la línea 24) es la cantidad de aportaciones que se necesitan durante el año para cubrir los compromisos que está previsto se contraigan en el año.

LÍNEAS 25 Y 26:

La línea 25 presenta la cantidad de aportaciones recibidas, o prometidas pero sin recibir todavía, durante el período 2008-2010 (US\$ 10.100 millones). Esta cifra supera los US\$ 9.300 millones en concepto de aportaciones que se necesitan en el período para cubrir compromisos (conforme a la línea 24), lo que deja una cantidad de bienes no comprometidos de US\$ 800 millones (conforme a la línea 28) que se prevé estará disponible al finalizar 2010 y se dedicaría a cubrir los compromisos de 2011 (tal como se indica en la línea 23 para el período 2011-2013).

LÍNEA 27 – SUBVENCIONES APROBADAS PARA RECIBIR FINANCIAMIENTO EL AÑO SIGUIENTE:

La cantidad ofrecida es la misma que se muestra en la línea 20. Es la cantidad de financiamiento aprobado previsto que aún no se ha comprometido al final del período de reposición, que deberá cubrirse mediante aportaciones el año siguiente.

ANEXO 2: NECESIDADES DE RECURSOS ANTES DE LA APROBACIÓN DE NUEVAS PROPUESTAS (EN LA 10ª CONVOCATORIA Y POSTERIORMENTE)

Antes de la aprobación de las nuevas propuestas después de la 9ª Convocatoria, las aportaciones necesarias para el período 2011-2013 se elevarían a **US\$ 8.200 millones** (según la línea 24 mostrada abajo). Este cálculo surge después de rebajar la reducción del 25% al 10% en la Fase 2 de las Convocatorias 8ª y 9ª.

Nota: la necesidad prevista de US\$ 8.200 millones antes de la aprobación de nuevas propuestas está en línea con la estimación de US\$ 8.100 millones a la que se llegó durante la 20ª Reunión de la Junta Directiva celebrada en noviembre de 2009.

	2008-2010				2011-2013			
	2008	2009	2010	Total	2011	2012	2013	Total
1 APROBACIONES								
2 Fase 1 de Convocatorias 8ª y 9ª								
3 8ª Convocatoria	1,9	0,9		2,8				
4 9ª Convocatoria		1,7	0,7	2,4				
5 Convocatorias 8ª y 9ª	1,9	2,6	0,7	5,2				
6 Financiamiento de continuación priorizado hasta e inclusive la 9ª Convocatoria								
7 Fase 2	0,9	1,0	1,1	3,1	2,6	1,6	0,9	5,1
8 Disminución de las reducciones de Fase 2 en las Convocatorias 8ª y 9ª					0,4	0,3	0,2	0,9
9 Mecanismo de Continuación del Financiamiento (hasta el cese)	1,0	1,0	0,4	2,4	1,0	1,4	0,0	2,5
10 Continuaciones priorizadas	1,9	2,0	1,5	5,4	4,0	3,3	1,1	8,5
18 Total de compromisos a contraer	3,8	4,6	2,2	10,6	4,0	3,3	1,1	8,5
19 Más: compromiso de aprobaciones del año anterior	1,9	3,5	4,0	}0,4	1,6	3,5	4,0	}0,2
20 Menos: aprobaciones que se comprometerán el año siguiente	(3,5)	(4,0)	(1,6)		(3,5)	(4,0)	(1,4)	
21 Gastos de operación, menos ingresos derivados de inversiones	(0,1)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
22 Total de compromisos a contraer	2,2	4,1	4,7	11,0	2,2	3,0	3,8	9,0
23 Menos: bienes no comprometidos al inicio del período				(1,8)				(0,8)
24 Aportaciones necesarias en el período				9,2				8,2
25 Aportaciones prometidas para 2008-2010	3,1	3,3	3,6	10,1				
26 Bienes no comprometidos al final del período				0,8				0,0
27 Subvenciones aprobadas para recibir financiamiento el año siguiente				1,6				1,4

Podría ser que las cifras no sumen correctamente debido al redondeo.

Véase el anexo 1 para una explicación de cada línea de las tablas de escenarios.

ANEXO 3: RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN – METODOLOGÍA Y DETALLES

1. ANTECEDENTES

Siete años después de llevarse a cabo los primeros desembolsos en 2003, los programas financiados por el Fondo Mundial han hecho posible que 2,5 millones de personas con infección avanzada por el VIH reciban TARV, que 6 millones de personas se beneficien de tratamientos según la estrategia DOTS, y que se hayan distribuido 104 millones de MILD. La reposición de 2010 determinará el ritmo al que se producirán nuevos aumentos progresivos de estos servicios.

Los tres escenarios prevén distintos niveles de inversión del Fondo Mundial para el período 2010-2015 (tabla 1). El presente documento traduce esos escenarios económicos en los resultados previstos correspondientes de los programas financiados por el Fondo Mundial para los servicios clave de TARV, tratamientos según la estrategia DOTS, distribución de MILD, PTMI y ayuda a huérfanos y otros niños vulnerables. La prestación de servicios prevista se compara con los cálculos de necesidad y objetivos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como las metas establecidas por la OMS y las alianzas Hacer Retroceder la Malaria y Alto a la Tuberculosis.

2. MÉTODOS

Las prestaciones de servicios futuras se calculan aplicando la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{DESEMBOLSOS FUTUROS} \times \text{PROPORCIÓN DE ENFERMEDAD EN LA CARTERA}}{\text{DESEMBOLSO PROMEDIO POR UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS}}$$

Teniendo en cuenta la explicación siguiente:

- **Desembolsos futuros:** desembolsos anuales previstos a partir de los escenarios de financiamiento para el período 2010-2015. Los desembolsos utilizados son desde un año previo al del pronóstico para reflejar un supuesto intervalo de un año civil entre los desembolsos de subvención y las efectivas prestaciones de servicios comunicadas.
- **Proporción de enfermedad en la cartera:** se calcula como el promedio de las proporciones de enfermedad en los desembolsos para 2007-2009 y las propuestas aprobadas de solicitudes de las Convocatorias 8ª y 9ª y las solicitudes basadas en la Estrategia Nacional (tabla 2).
- **Desembolso promedio por unidad de prestación de servicios:** se calcula tomando los resultados de la prestación de servicios notificados por los receptores y dividiéndolos por el correspondiente total de desembolsos por enfermedad de un año anterior, durante el período 2007-2009.

El método supone que los componentes siguientes permanecen constantes durante el período de pronóstico:

- la distribución de gastos para las áreas de prestación de servicios dentro de los componentes de enfermedad (tabla 2);
- el desembolso promedio por unidad de prestación de servicios en US\$ nominales; y
- la aportación media no financiada por el Fondo Mundial por unidad de prestación de servicios, en US\$ nominales.

3. RESULTADOS

3a. Tratamiento antirretroviral (TARV)

En el caso del **TARV**, los escenarios económicos concebidos se traducen en un incremento paulatino del número de pacientes vivos que siguen TARV: del resultado total de la cartera a finales de 2009, cifrado en 2,5 millones de personas, a 4,4 millones (Escenario 1), 5,8 millones (Escenario 2) ó 7,5 millones (Escenario 3) para 2015 (gráfico 1a).

En comparación, la meta de acceso universal, que corresponde al 80% de la necesidad según las definiciones de 2007-2008, es de 21,9 millones en 2015 [1]. La aportación del Fondo Mundial a esta meta mundial sería del 20% en el Escenario 1 y del 34% en el Escenario 3 (tabla 3). Estas metas y logros proporcionales se refieren a las personas que viven con el VIH y necesitan con mayor urgencia recibir TARV (con un recuento de células CD4 inferior a 200/uL), pero no incluyen la necesidad adicional de las personas que viven con el VIH con recuentos de células CD4 entre 200/uL y 350/uL, según las directrices de tratamiento de la OMS revisadas en 2009 [2], lo que aumentaría la necesidad total en un 50% o más.

3b. DOTS

En el caso de la estrategia **DOTS**, los escenarios económicos se traducen en un aumento en el número de casos de tuberculosis de frotis positivo detectados y los tratamientos correspondientes: de 1,4 millones en 2009 a 3,9 millones (Escenario 1), 5,2 millones (Escenario 2) ó 6,8 millones (Escenario 3) en 2015 (gráfico 1b). En comparación, la OMS pronostica que para 2015 un total de 3,9 millones de pacientes afectados de tuberculosis con frotis positivo necesitarían tratamiento (tabla 3 [3]).

Por lo tanto, para 2015, la aportación del Fondo Mundial correspondería al 100% de la necesidad mundial en el Escenario 1 y al 173% en el Escenario 3 (tabla 3). Este resultado superior al objetivo fijado, si se compara con la meta mundial, refleja la suposición de que el tratamiento según la estrategia DOTS de los pacientes afectados de tuberculosis con frotis positivo mantendría una proporción fija en el conjunto de desembolsos y gastos para la tuberculosis y en los correspondientes a la cartera. Sin embargo, en realidad el aumento del financiamiento para la tuberculosis probablemente se destinaría a ampliar y mejorar el tratamiento de la tuberculosis multirresistente, o a ampliar las actividades de DOTS-Plus, tales como la divulgación comunitaria para mejorar la calidad del tratamiento y la detección de casos en las poblaciones de difícil acceso, o para mejorar el tratamiento de pacientes afectados por coinfección de tuberculosis y VIH (a menudo con frotis negativo).

3c. Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD)

En lo que respecta a la **distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD)**, los escenarios económicos planteados se traducen en un incremento por fases en el número de MILD distribuidos durante un año: de 34 millones en 2009 a 110 millones (Escenario 1), 147 millones (Escenario 2) ó 190 millones (Escenario 3) para 2015 (gráfico 1c).

En comparación, la alianza Hacer Retroceder la Malaria calcula que sería necesario distribuir un total de 264 millones de MILD cada año para abarcar los 1.580 millones de personas que viven en todo el mundo en riesgo de contraer la malaria, asumiendo que un MILD tiene una duración de tres años y que por cada MILD distribuido se protegen dos personas [4]. Por consiguiente, los tres escenarios cubrirían entre el 40% y el 72% de esta necesidad mundial para 2015.

En el caso específico del África subsahariana, que recibió el 64% de las entregas de MILD financiadas por el Fondo Mundial durante el bienio 2008-2009, frente a una necesidad total de 129 millones de distribuciones anuales de MILD, el Escenario 1 lograría una cobertura del 52% y el Escenario 3, el 94%.

3d. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)

Para la **PTMI**, los escenarios económicos expuestos se traducen en un aumento del número de mujeres seropositivas que reciben TARV para evitar la transmisión del VIH de madres a hijos: de 345.000 mujeres en 2009 a 610.000 mujeres al año (Escenario 1), 820.000 mujeres al año (Escenario 2) ó 1,1 millones de mujeres al año (Escenario 3) para 2015 (gráfico 1d).

En comparación, el ONUSIDA y la OMS han calculado que un total de 1,4 millones de mujeres seropositivas necesitaron recibir PTMI en 2008 [5]. Para 2015, la aportación del Fondo Mundial se acercaría al 44% de la necesidad mundial de 2008 según el Escenario 1 y al 76% en el Escenario 3 (tabla 3).

No existen estimaciones de la necesidad de PTMI para el año 2015, pero podría esperarse que esta necesidad se mantenga relativamente invariable durante los próximos años, habida cuenta de la prevalencia estable del VIH en adultos en la mayoría de países con una elevada carga de VIH. La OMS y el ONUSIDA están elaborando nuevas metas de PTMI para 2015 que reflejarán las recomendaciones de tratamiento de la OMS revisadas en 2009 así como un nuevo enfoque mundial en la PTMI.

Además, a la luz de las recomendaciones de la OMS para 2009 [6], el costo unitario de PTMI aumentará a medida que los países cambien de la nevirapina de dosis única (con un costo de US\$ 2 por mujer tratada) a opciones de tratamiento más eficaces y más costosas (con un costo promedio cercano a los US\$ 282 por mujer tratada, según informó el Futures Institute en 2009). Por lo tanto, los logros que prevemos relativos a la necesidad son cálculos máximos y dependen de que se re programe destinar a la PTMI desembolsos para el VIH procedentes de otras áreas programáticas de VIH.

3e. Ayuda a huérfanos y otros niños vulnerables

En el caso de la **ayuda a huérfanos y otros niños vulnerables**, los escenarios económicos dan como resultado un aumento del número de huérfanos y otros niños vulnerables que han recibido ayuda: de 1,4 millones en 2009 a 2,5 millones (Escenario 1), 3,4 millones (Escenario 2) ó 4,4 millones (Escenario 3) para 2015 (gráfico 1e).

En comparación, el ONUSIDA calculó que en 2007 existían 15 millones de huérfanos debido al SIDA [7], y que en 2010 y 2015 se trataría de llegar a 19 millones de huérfanos y otros niños vulnerables por el VIH, según estimaciones sobre recursos-necesidad de 2007 llevados a cabo por el ONUSIDA [1]. Así pues, para 2015 el apoyo del Fondo Mundial se situaría entre el 13% y el 17% de la necesidad mundial en cuanto a huérfanos y otros niños vulnerables a causa del VIH registrada en 2007 según el Escenario 1, y entre el 23% y el 29% de acuerdo con el Escenario 3 (tabla 3). En la práctica, resulta difícil distinguir entre los niños que se quedan huérfanos debido al VIH/SIDA y aquellos que adquieren esta condición por otras causas. Se calcula que en 2007 el número total de huérfanos era de 145 millones, y que en 2015 la ayuda del Fondo Mundial a los huérfanos y otros niños vulnerables cubriría alrededor del 2% del número total de huérfanos y otros niños vulnerables.

4. REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Los efectos en la salud previstos según cada escenario económico se calcularon utilizando el modelo epidemiológico *Spectrum* para el TARV y la PTMI (8), y el modelo epidemiológico LIST para los MILD [9].¹³

Se calcula que en 2015 el **TARV** impedirá 390.000 muertes a causa del SIDA según el Escenario 1, un total de 550.000 de acuerdo con el Escenario 2 y 600.000 en el Escenario 3. Estas muertes evitadas representan que, sólo en 2015, se salvarían entre 2,8 y 3 millones de años de vida. El efecto de cubrir a un mayor número de pacientes en los Escenarios 2 y 3 comparado con el Escenario 1 se hace más patente después de 2015 (gráfico 2a): sólo en 2017, los Escenarios 2 y 3 permitirían salvar otros 600.000 y 1,2 millones de años de vida respectivamente, en comparación con el Escenario 1. El desfase en la repercusión adicional del TARV relativo a la inversión económica de los escenarios más ambiciosos pone de relieve el hecho de que en los pacientes de SIDA sin tratamiento, el punto más alto de la mortalidad ocurre en el segundo año después del momento en que estos pacientes suelen iniciar el TARV.

Los **MILD** impedirían 330.000 muertes entre los niños menores de cinco años en 2015 según el Escenario 1, y 424.000 y 484.000 de acuerdo con los Escenarios 2 y 3, respectivamente. Este efecto equivaldría a salvar cerca de 16 millones, 21 millones y 24 millones de años de vida según los tres escenarios (gráfico 3b). A pesar de que el TARV consigue impedir más muertes, los MILD salvan muchos más años de vida porque: 1) las muertes por malaria suelen ocurrir a una edad mucho más temprana (media de 2 años) que las muertes por SIDA (media de 30 a 35 años); y 2) el TARV aplaza pero al final no impide las muertes debidas al SIDA.

Se calcula que en 2015 la **PTMI** podría evitar 100.000 muertes debidas a la infección perinatal de VIH según el Escenario 1, y 133.000 y 172.000 muertes según los Escenarios 2 y 3, respectivamente. Esto corresponde aproximadamente a 2,5 millones, 3,3 millones y 4,3 millones de años de vida salvados en los tres escenarios. En 2017, sólo el Escenario 3 seguiría aumentando su repercusión (anual) en la salud: en los Escenarios 1 y 2, las muertes anuales evitadas y los años de vida salvados disminuyen en comparación con su punto álgido de 2015-2016, debido a la supuesta ligera reducción en los desembolsos en estos escenarios.

Estas estimaciones de la repercusión en la salud suponen que la PTMI se volverá gradualmente más eficaz en la prevención de infecciones infantiles por el VIH entre 2010 y 2017 a medida que los países empiecen a aplicar las nuevas directrices de 2009 para la PTMI de la OMS [6], las cuales recomiendan regímenes profilácticos antirretrovirales más eficaces (para la madre durante el embarazo y para el bebé durante la lactancia) que la actual dosis única de nevirapina que se administra justo antes del parto.¹⁴

¹³ Para una descripción más detallada de los métodos, véase el documento de reposición *Efectos económicos y sanitarios del financiamiento continuado de las tres enfermedades: cálculos a largo plazo*.

¹⁴ Futures Institute (no publicado). Las infecciones por el VIH evitadas mediante la PTMI se calcularon, basándose en las siguientes supuestas tasas de transmisión perinatal del VIH, como infecciones por mujer seropositiva en el momento del parto:

- sin PTMI: **33%**, basado en el **20%** durante el periparto + (entre los lactantes que no se infectaron durante el periparto) el **16,5%** durante la lactancia;
- con PTMI según la práctica actual (2008-2009, nevirapina de dosis única o ARV dobles); **23%**, basado en el **14%** durante el periparto + (entre los lactantes que no se infectaron durante el periparto) el **16,5%** durante la lactancia;
- con PTMI según la directriz de 2009 de la OMS (Opción A: AZT diario para la madre empezando en la semana 14 del embarazo, más NVP diariamente para el bebé durante un período mínimo de un año, y AZT para las últimas 25 semanas del embarazo; Opción B: TARV triple para la madre desde la semana 14 del embarazo hasta el cese de la lactancia): **9%**, basado en el **4%** durante el periparto + (entre los lactantes que no se infectaron durante el periparto) el **5,4%** durante la lactancia.

Los pronósticos de repercusión asumen que para 2017, todos los países apoyados habrán aplicado plenamente las opciones de PTMI recomendadas por la OMS en 2009, después de un incremento lineal anual de la proporción de mujeres que acceden a las opciones recomendadas en 2009 entre 2010 y 2017. Para más información, véase el anexo donde figura el documento de reposición *Efectos económicos y sanitarios del financiamiento continuado de las tres enfermedades: cálculos a largo plazo*.

5. DISCUSIÓN

Logros obtenidos en la prestación de servicios comparados con las metas internacionales

Estos cálculos demuestran que los escenarios de financiamiento del Fondo Mundial darían lugar a diferentes dimensiones de avance hacia la consecución de metas internacionales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 en cinco servicios fundamentales.

Si se analizan junto con las metas establecidas por el Gobierno de Estados Unidos para su Iniciativa de Salud Mundial [10], el Escenario 3 del Fondo Mundial y la Iniciativa de Salud Mundial de EE.UU. lograrían, para 2015, alcanzar niveles de servicio cercanos a las metas de acceso internacionales para MILD, PTMI y DOTS, y conseguirían cumplir casi la mitad de las metas de acceso internacionales para el TARV y la ayuda a huérfanos y otros niños vulnerables (tabla 4). En cambio, en el Escenario 1, incluso teniendo en cuenta la Iniciativa de Salud Mundial de EE.UU., el acceso se quedaría muy por debajo de las metas de 2015 para todos los servicios excepto el DOTS básico.

Limitaciones

Para interpretar los resultados presentados en la presente publicación se deberían tener en cuenta algunas limitaciones importantes. En primer lugar, hemos asumido proporciones constantes de cada enfermedad y área de prestación de servicios en la cartera futura del Fondo Mundial para todo el período del pronóstico, basándonos en las tendencias recientes sobre subvenciones y en las propuestas recién aprobadas (tabla 2). En el caso de los tratamientos basados en la estrategia DOTS, estas suposiciones dieron lugar a cifras de prestación de servicios que, en los Escenarios 2 y 3, superaron la necesidad mundial. Sin embargo, es razonable esperar que si se materializa tal incremento previsto en el financiamiento para tratar la tuberculosis, se destinen nuevos fondos a mejorar el tratamiento de la TB-MR, o para ampliar las actividades de DOTS-Plus, tales como la divulgación comunitaria para mejorar la calidad del tratamiento y la detección de casos en las poblaciones de acceso limitado, en vez de asignarlos a más tratamientos DOTS de primera línea. Por lo tanto, el logro previsto superior al objetivo fijado en lo que respecta a metas de DOTS, no iguala la plena ejecución del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, que tendría un costo medio de US\$ 5.600 millones por año entre 2010 y 2015 [11] (Esta cifra no tiene en cuenta los recientes cálculos superiores del costo que entraña tratar la TB-MR).

En el caso de la PTMI, los logros previstos para determinados escenarios financieros son incluso más inciertos. Por una parte, el desembolso por unidad necesario por cada mujer seropositiva puede aumentar a medida que los países adopten opciones de tratamiento de PTMI mejoradas pero más costosas siguiendo las directrices de 2009 de la OMS [6], lo que disminuiría el nivel de servicios que se podría proporcionar en cada escenario financiero. Por otro lado, en las subvenciones del Fondo Mundial para el VIH, la parte dedicada a la PTMI podría incrementarse por encima del 4% actual como resultado de la reprogramación, lo cual serviría para compensar o incluso sobrecompensar el aumento en el costo unitario.

En segundo lugar, se asume que el desembolso medio del Fondo Mundial necesario por cada unidad de prestación de servicios es constante, mientras que se han observado oscilaciones durante los últimos años. En lo que respecta al TARV, el total de desembolsos para el VIH, incluidas todas las áreas de prestación de servicios asociadas, se expresó en términos de paciente bajo TARV, y aumentó pasando de US\$ 492 a US\$ 555 entre 2007 y 2009. De manera similar, los desembolsos asociados a la tuberculosis, que se expresaron en términos de tratamiento según la estrategia DOTS, se incrementaron desde US\$ 151 hasta US\$ 226 durante el mismo período. El total de desembolsos asociados a la malaria por mosquitero tratado con insecticida distribuido se ha mantenido relativamente estable en torno a los US\$ 15 durante los últimos tres años.

Teniendo en cuenta el nivel del programa general (al que contribuye el Fondo Mundial junto con otros donantes y recursos nacionales), diríamos que los costos unitarios de servicios pueden disminuir con el tiempo por muchas razones, tales como el logro de economías de escala mientras se aumentan progresivamente los servicios. Sin embargo, a la inversa, también es posible que los costos unitarios aumenten con el tiempo a medida que los programas se amplíen para llegar hasta grupos poblacionales de acceso limitado.

En tercer lugar, se asume que las aportaciones fuera del Fondo Mundial por unidad de prestación de servicios serán constantes a lo largo del tiempo. Esto estaría acorde con el principio de adicionalidad del Fondo Mundial; no obstante, no es seguro que el financiamiento nacional e internacional ajeno al Fondo Mundial pueda mantenerse al mismo nivel (Escenario 1) o al mismo ritmo de aumento progresivo (Escenarios 2 y 3) que el financiamiento del Fondo Mundial.

En comparación con los escenarios del Fondo Mundial de US\$ 13.000 millones, US\$ 17.000 millones y US\$ 20.000 millones como totales de tres años, el ONUSIDA ha calculado las necesidades mundiales de recursos para el VIH y el SIDA entre US\$ 28.000 millones y US\$ 50.000 millones durante cada año de 2010 a 2015, en un escenario de aumento por fases que permitiría alcanzar las metas de acceso universal para 2015 [1]. En cuanto a la malaria, el Plan de Acción Mundial contra la Malaria 2008 estimó un costo mundial total promedio de US\$ 5.900 millones por año para el período 2011-2020 [4]. Y el costo del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis se ha cifrado en un promedio de US\$ 6.300 millones por año entre 2010 y 2015, teniendo en cuenta los cálculos de 2009 sobre el costo del tratamiento de la TB-MR [11]. Estas cifras indican que en todos los escenarios de financiamiento del Fondo Mundial, las aportaciones continuas y crecientes de otros donantes y de los propios países serán de importancia capital.

REFERENCIAS

1. *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Ginebra: ONUSIDA; 2007.
2. *WHO HIV/AIDS Programme. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Ginebra: OMS; 2009.
3. *Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report*. Ginebra: OMS; 2009.
4. *Roll Back Malaria Partnership. Global malaria action plan for a malaria-free world*. Ginebra: 2008
5. *WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009*. Ginebra: OMS; 2009.
6. *WHO HIV/AIDS Programme. Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Ginebra: OMS; 2009.
7. *Report on the global AIDS epidemic 2008*. Ginebra: ONUSIDA; 2008.
8. Stover J, Johnson P, Zaba B, et al. *The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ARV needs, PMTCT impact and uncertainty bounds*. *Sex Transm Infect*. 2008; 84 Suppl 1:i24-i30.
9. Eisele TP, Larsen D and Steketee R. *Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas: modeling the impact of scaling up interventions for malaria*. *Int J Epid*. 2010
10. *U.S. state government. Implementation of the Global Health Initiative: consultation document*. Washington DC; 2009.
11. *Green Light Committee initiative of the Working Group on MDR-TB of the Stop TB Partnership. Scaling up the global fight against MDR-TB*. Ginebra: OMS; 2009.
13. Guerra CA, Gikandi PW, Tatem AJ, et al. *The limits and intensity of Plasmodium falciparum transmission: implications for malaria control and elimination worldwide*. *PLoS Med*. 2008; 5:e38.

TABLA 1. ESCENARIOS DE FINANCIAMIENTO DEL FONDO MUNDIAL PARA 2011–2013

Escenario	Cantidad 2011-2013
1. Continuar el financiamiento de los programas actuales y adoptar un nivel adicional más bajo para financiar nuevos programas	US\$ 13.000 millones
2. Continuar el financiamiento de los programas actuales y mantener el nivel actual de financiamiento para nuevos programas	US\$ 17.000 millones
3. Aumento progresivo acelerado	US\$ 20.000 millones

TABLA 2. PROPORCIÓN APROXIMADA DE COMPONENTES DE ENFERMEDAD Y ÁREAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CARTERA DEL FONDO MUNDIAL

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Suposición 2010-2015
VIH	61%	58%	54%	63%	62%	48%	48%
Tuberculosis	17%	12%	15%	16%	14%	14%	16%
Malaria	22%	29%	31%	20%	23%	37%	34%
TARV como porcentaje de VIH		23%			25%		24%
PTMI como porcentaje de VIH		4%			4%		4%
Huérfanos y otros niños vulnerables como porcentaje de VIH		2%			3%		4%
DOTS como porcentaje de tuberculosis		86%			78%		79%
MILD como porcentaje de malaria		34%			38%		37%

TABLA 3. APORTACIÓN APROXIMADA DEL FONDO MUNDIAL A LAS METAS Y NECESIDADES INTERNACIONALES EN 2015, SEGÚN TRES ESCENARIOS DE FINANCIAMIENTO

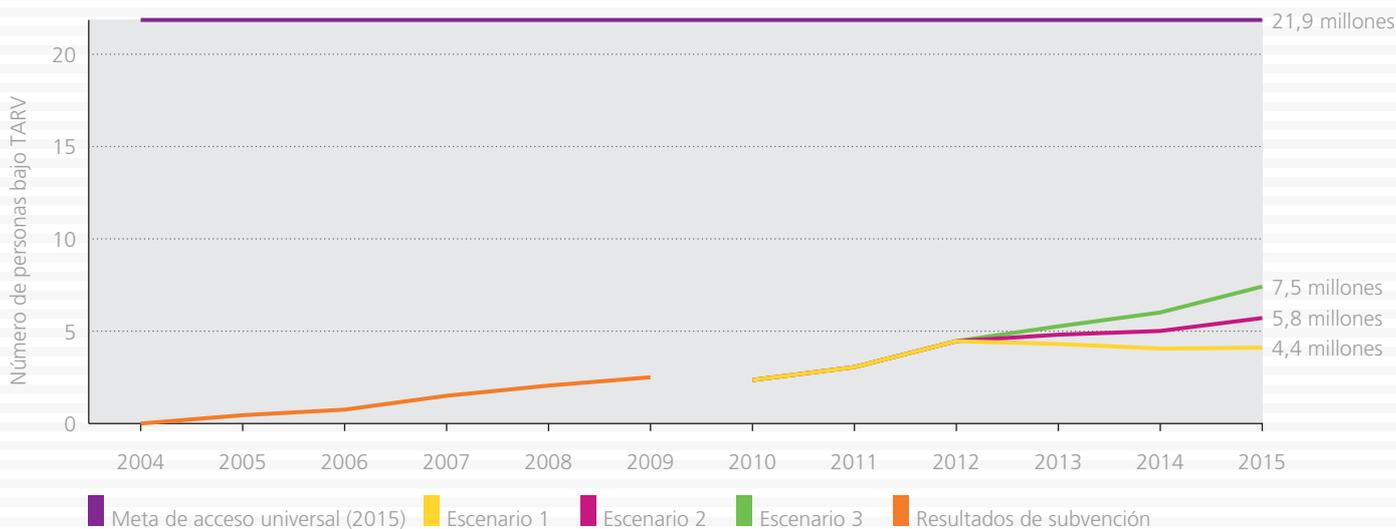
	Esc. 1	Esc. 2	Esc. 3	Objetivo o necesidad mundial	Definición y fuente del objetivo o la necesidad
TARV: personas bajo TARV	20%	27%	34%	2015: 21,9 millones	Meta de 2015 para el acceso universal / escenario de Objetivos de Desarrollo del Milenio, es decir, el 80% de la necesidad [1], basada en las directrices de la OMS de 2006. Según las directrices de tratamiento de la OMS revisadas en 2009 [2], la necesidad y la meta aumentarían en ≥50%.
DOTS: tratamiento de casos con frotis positivo	100%	134%	173%	2015: 3,9 millones	Meta según la tasa de detección de casos planificada para 2015 en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis [3], aplicada a los casos con frotis positivo calculados por la OMS en 2008 [12], que se ha ajustado a 2015 mediante pronóstico adelantado log-lineal (OMS 2010).
MILD: distribuciones anuales (de las cuales el 64% en el África subsahariana, ASH)	Mundial: 42%	Mundial: 56%	Mundial: 72%	Mundial 2015: 264 millones	Plan de Acción Mundial contra la Malaria, para la cobertura eficaz con 790 millones de MILD que permita proteger a 1.600 millones de personas en riesgo [4].
	ASH: 54%	ASH: 73%	ASH: 94%	ASH 2015: 129 millones	Plan de Acción Mundial contra la Malaria [4], [13], departamento PAM de la OMS, para la cobertura eficaz con 388 millones de MILD que permita proteger a 776 millones de personas en riesgo.
PTMI: mujeres seropositivas que reciben TARV	44%	58%	76%	2008: 1,4 millones	Necesidad mundial, 2008, definida como los embarazos en mujeres seropositivas [5]. Se supone un desembolso constante por mujer seropositiva.
Huérfanos y otros niños vulnerables que reciben ayuda	17%	23%	29%	2007: 15 millones	Huérfanos a causa del SIDA que vivían en 2007 [7].
	13%	18%	23%	2015: 19 millones	Meta del ONUSIDA para 2015 para el acceso universal / escenario de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es decir, cobertura del 80% de la necesidad [1].
	1,8%	2,3%	3%	2007: 145 millones	Total de huérfanos en 2007 (UNICEF).

TABLA 4. METAS DE LA INICIATIVA DE SALUD MUNDIAL (ISM) DE EE.UU., 2014 [10], Y APORTACIÓN A LA META O NECESIDAD INTERNACIONAL DE 2015, POR SEPARADO O EN COMBINACIÓN CON LOS ESCENARIOS DE FINANCIAMIENTO DEL FONDO MUNDIAL

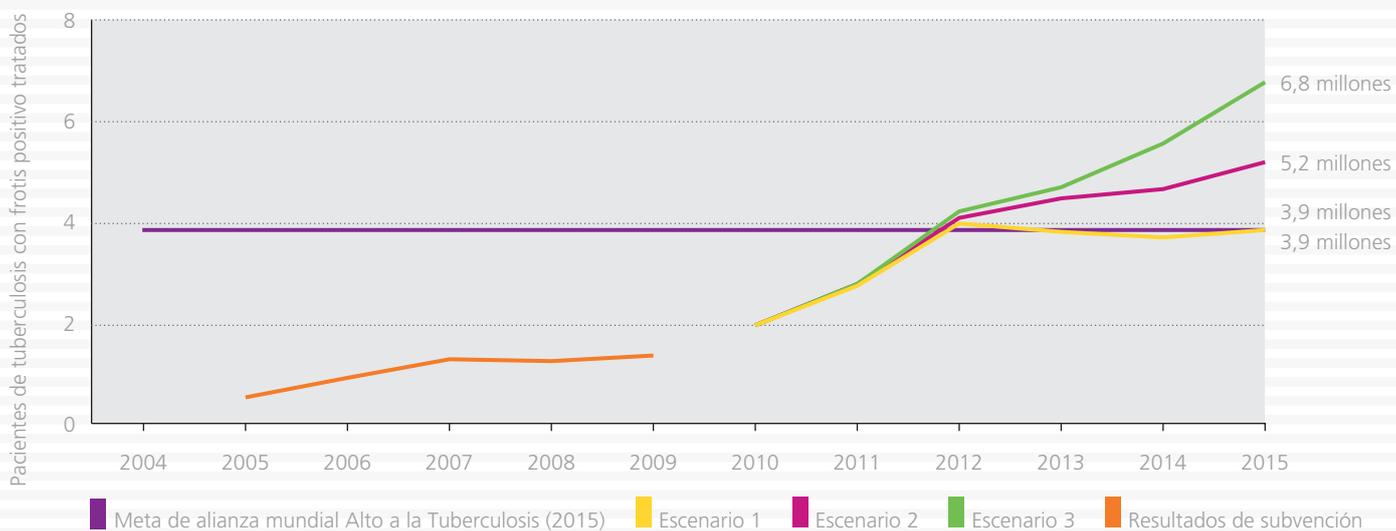
Servicio	Meta de 2014	Aportación a la meta mundial				Definición/cálculo
		ISM	ISM + Escenario 1 del FM	ISM + Escenario 2 del FM	ISM + Escenario 3 del FM	
TARV	4 millones	18%	38%	45%	53%	
DOTS	2,6 millones	66%	167%	200%	239%	
MILD (mundial)	75 millones	28%	70%	84%	100%	“Reducir la carga de malaria en un 50% para 450 millones de personas”, objetivo que podría lograrse mediante la distribución anual de 75 millones de MILD, suponiendo que un mosquitero tiene una duración de tres años y que se protegen dos personas por cada mosquitero.
PTMI	480.000	34%	78%	93%	110%	Aportaciones como porcentaje de los embarazos seropositivos de 2008.
Huérfanos y otros niños vulnerables	5 millones	26%	40%	44%	49%	Aportaciones como porcentaje de la meta de acceso universal del ONUSIDA para 2015.

GRÁFICO 1. CÁLCULO DE SERVICIOS PRESTADOS EN LOS TRES ESCENARIOS DE FINANCIAMIENTO POR AÑO

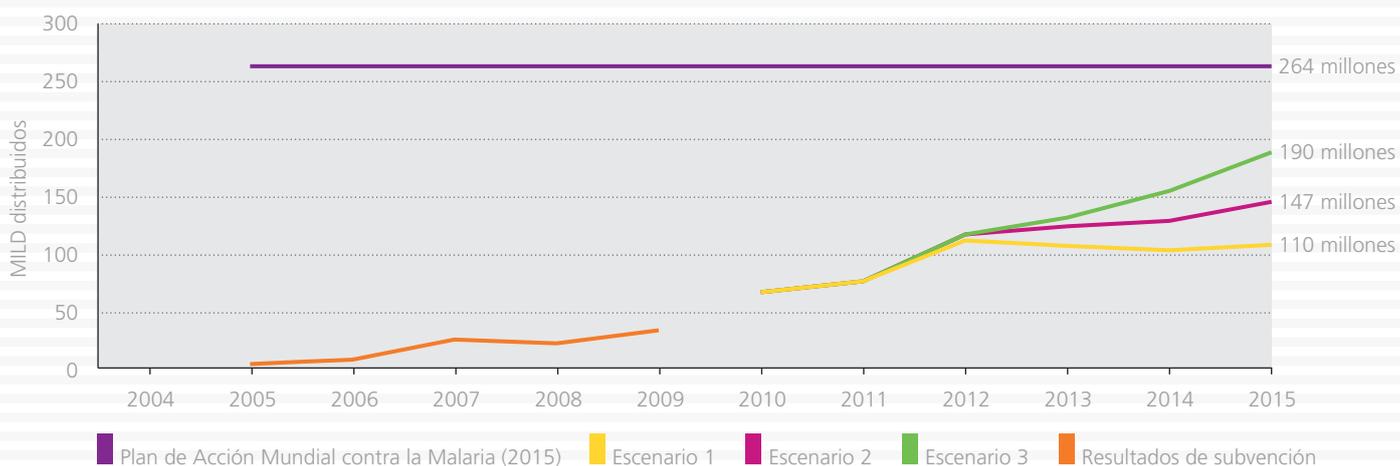
A) TARV



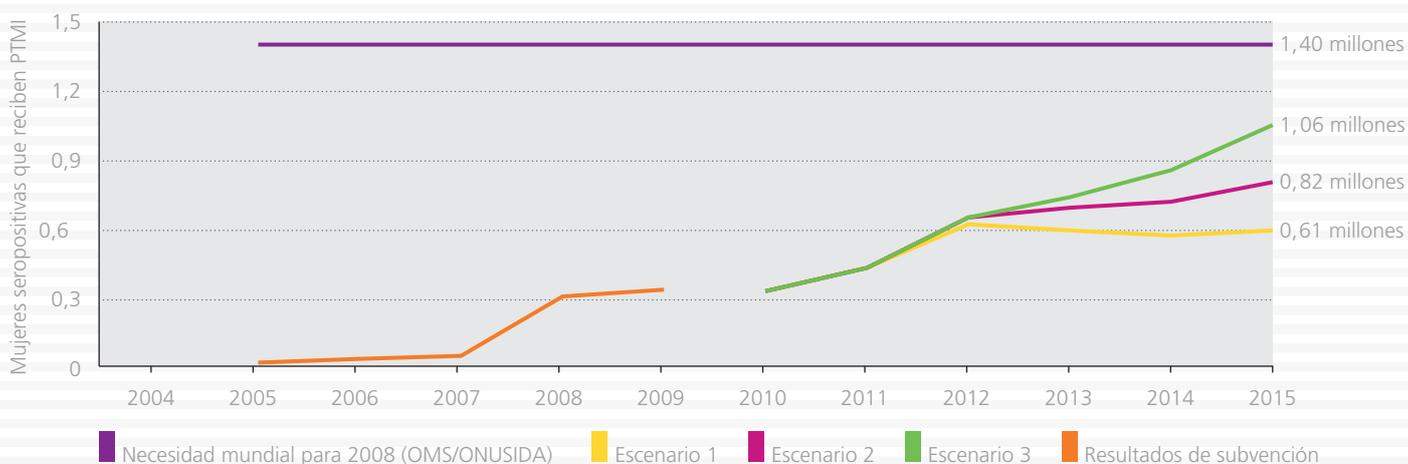
B) DOTS



C) MILD



D) PTMI



E) AYUDA A HUÉRFANOS Y OTROS NIÑOS VULNERABLES

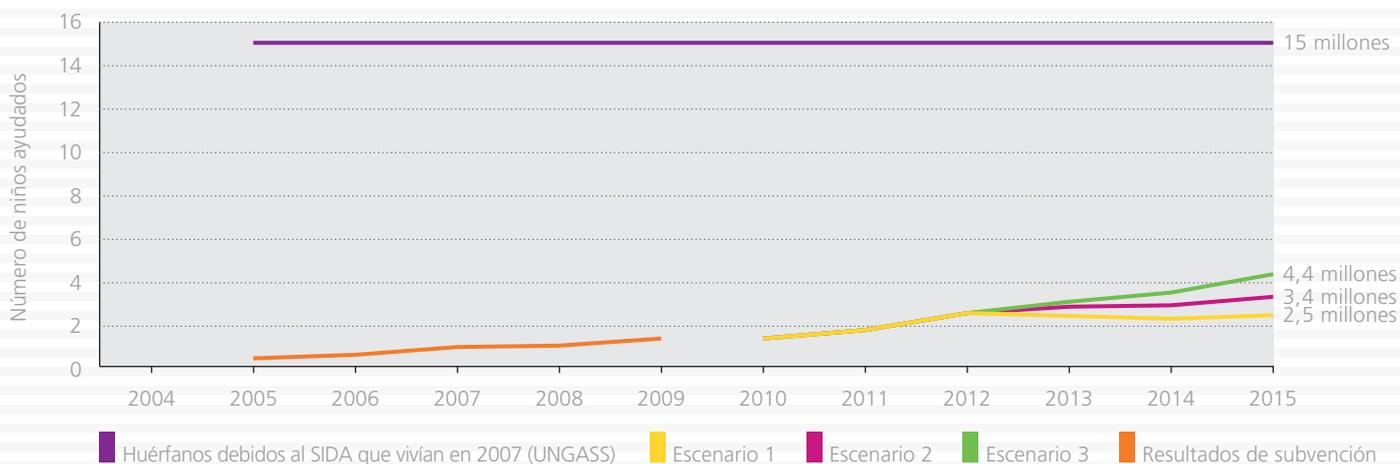
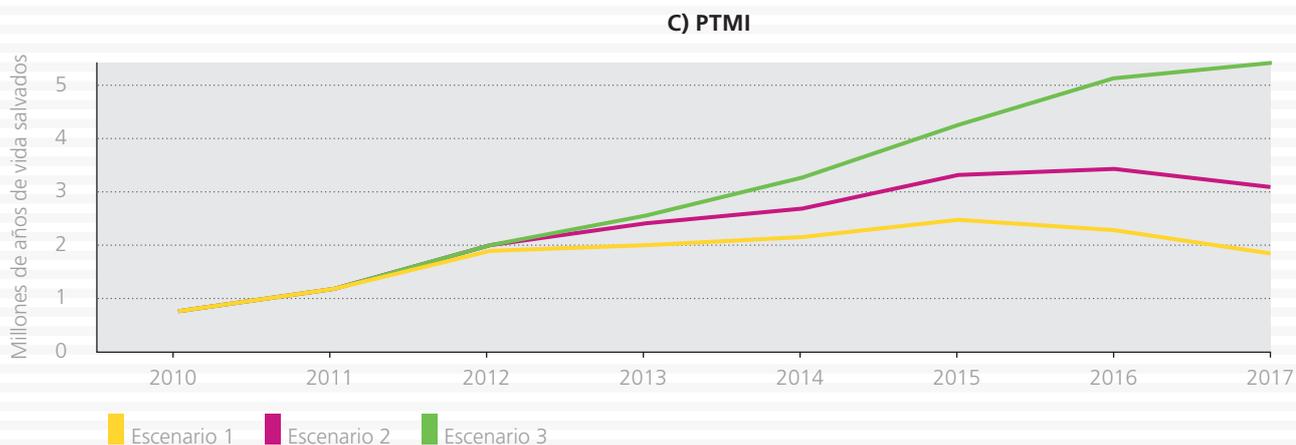
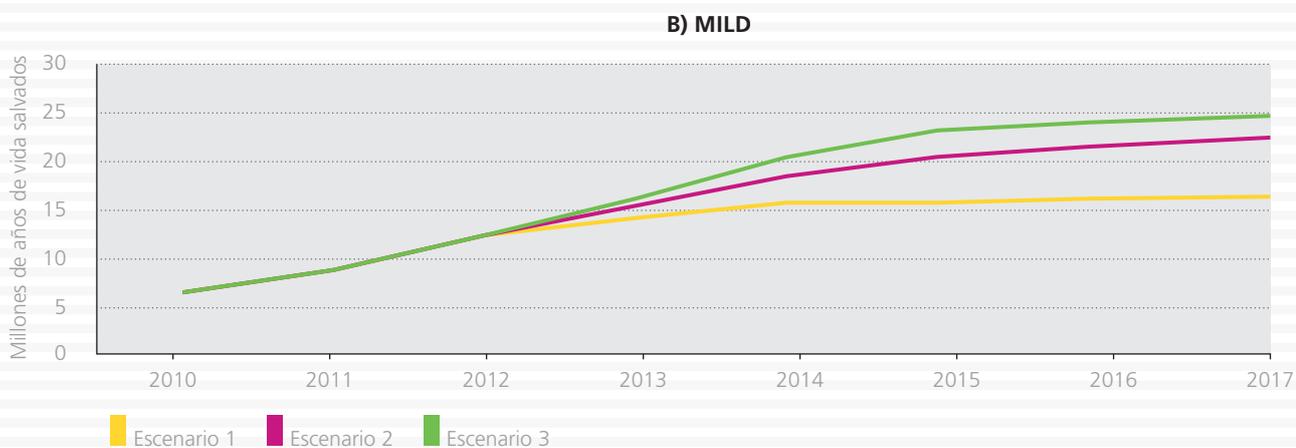
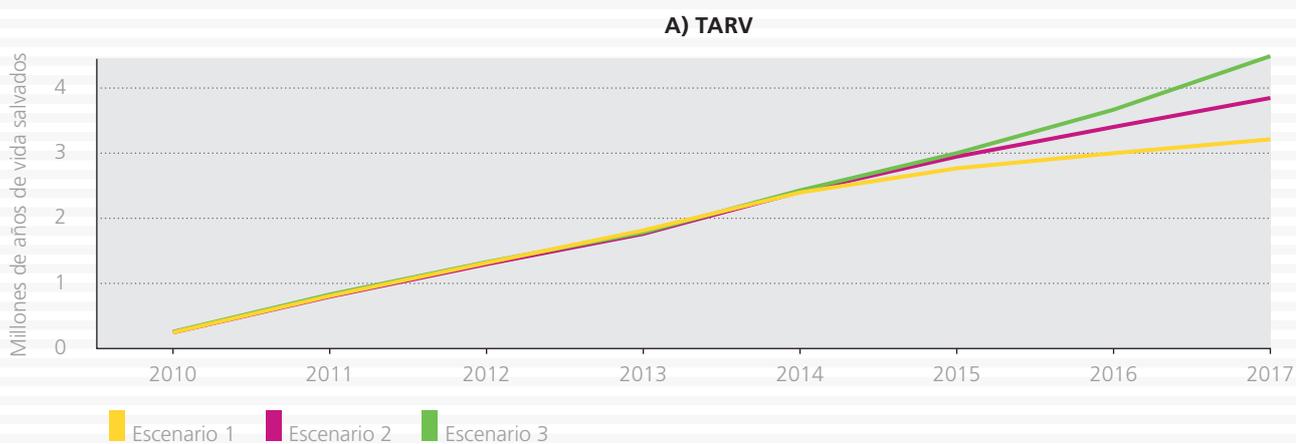


GRÁFICO 2. NÚMERO DE AÑOS DE VIDA QUE SE ESPERA SALVAR MEDIANTE A) TARV, B) MILD, Y C) PTMI POR AÑO

En el caso de los MILD y la PTMI, los años de vida salvados por cada muerte impedida son atribuidos al año en que se ha evitado dicha muerte. Después de aplicar una reducción anual del 3%, se extrae un promedio de 25 años por muerte evitada, tanto para los MILD como para la PTMI. No se aplica ninguna reducción entre las muertes evitadas en 2010 y los años posteriores, para ninguno de los servicios.



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

Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier
Ginebra (Suiza)

Tel + 41 58 791 1700
Fax + 41 58 791 1701

www.theglobalfund.org
info@theglobalfund.org

Todos los derechos reservados. El presente documento podrá ser analizado, citado, reproducido o traducido literalmente, en parte o en su totalidad, siempre que se cite la fuente.

El Fondo Mundial acepta aportaciones de gobiernos, sociedades, fundaciones y particulares. Si desea contribuir, visite nuestra página web o póngase en contacto con el equipo de Relaciones Exteriores en la siguiente dirección: info@theglobalfund.org.

Si desea obtener más información y las novedades sobre la situación del Fondo Mundial, visite www.theglobalfund.org.

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

ISBN: 978-92-9224-217-6



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria