

LA LUCHA GLOBAL CONTRA EL SIDA: EL BANCO MUNDIAL Y LA GOBERNANZA BRASILEÑA

Letícia María Schabbach¹ 

Talita Jabs Eger² 

DOI: 10.29327/2282886.9.1-9

Introducción

Aunque las estadísticas sugieren tendencias auspiciosas (con la reducción general de nuevos casos desde 2010), desde su aparición, hace 40 años, la epidemia del VIH/SIDA nunca ha afectado a las regiones del planeta de manera homogénea. Los países en desarrollo y los segmentos sociales vulnerables (como las llamadas “poblaciones clave”) han sido siempre los más afectados. Por ejemplo, en 2022, la región de África Subsahariana volvió a presentar las cifras más altas: el 66% del total de personas que viven con VIH en todo el mundo, el 51% de las nuevas infecciones y el 60% de las muertes relacionadas con la enfermedad. Por otro lado, las cifras más bajas se observaron en la región de Medio Oriente y Norte de África: 0,5% de personas que viven con VIH, 1% de nuevos casos y 1% de muertes (Unaids, 2023a).

A su vez, América Latina, en 2022, registró 2,2 millones de personas viviendo con VIH (6% del total global), 110.000 nuevos casos (8%) y 27.000 muertes por Sida (4%) (Unaids, 2023a). En contraste con la tendencia global, la región tuvo un aumento del 8% en nuevas infecciones, pero registró reducción de la mortalidad por el síndrome, del 32%, siguiendo la situación mundial. Brasil, el país más poblado de la región, registró ese año 990.000 personas con VIH, 51.000 nuevos casos y 13.000 muertes asociadas, correspondientes a, respectivamente, el 45%, 46% y 48% de las cifras latinoamericanas. Las muertes por la enfermedad disminuyeron un 13% en comparación con 2010, y las nuevas infecciones por el virus aumentaron un 6%, siguiendo el crecimiento continental (Unaids, 2023b).

En Brasil, el proceso de construcción de una respuesta a la epidemia comenzó en la década de 1980 e involucró a diferentes constelaciones de actores. Aquí, como en otros países, el Banco Mundial (BM) jugó un papel destacado en la financiación de proyectos relacionados con el

¹ Doctora en Sociología por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9673923147586714>, e-mail: leticiams65@gmail.com.

² Doctora en Políticas Públicas por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6256792327005439>, e-mail: talitaeger@gmail.com.

VIH/SIDA, posicionándose, desde los 1990, como un actor clave en los “arreglos de gobernanza” (Howlett, 2009, Lange et al., 2013, Howlett y Ramesh, 2014) inherentes al tema.

Considerando este escenario, el artículo busca responder: ¿Cuál es el papel del Banco Mundial en la gobernanza global del VIH/SIDA? ¿Qué arreglos de gobernanza permitieron combatir la epidemia en Brasil entre los años 1980 y 2010?

La metodología incluyó revisión bibliográfica, investigación documental – en informes y proyectos financiados por el BM, en planes de acción y metas (PAM) existentes en la plataforma de la Ley de Incentivo a la Política de VIH/SIDA y en la legislación brasileña – y recopilación de datos secundarios de una fuente internacional (Unaids).

En cuanto a las corrientes teóricas en el área de las Relaciones Internacionales que tematizan la interacción entre los Estados nacionales y los organismos multilaterales, el enfoque adoptado aquí es cercano al constructivismo (Castro, 2016), que entiende que las normas, valores y identidades presentes en el sistema internacional desempeñan un papel esencial, condicionando los intereses y prácticas de los agentes involucrados. Además, se propone un diálogo interdisciplinario, traendo los conceptos de gobernanza global y de arreglos de gobernanza, procedentes del Análisis de Políticas Públicas.

Más allá de la relevancia del tema en sí, el artículo contribuye al debate sobre la gobernanza global de la epidemia, al abordar las acciones del BM en Brasil, país distinto de los del África Subsahariana, región más frecuentemente investigada. En segundo lugar, el estudio añade, al debate sobre el papel de esta institución financiera en las políticas internacionales, las peculiaridades de la cuestión del VIH/Sida, uno de los ejes centrales de las actividades de este agente hasta mediados de la década de 2010. Finalmente, el texto contribuye a la discusión interdisciplinaria al incorporar el concepto de “arreglos de gobernanza” proveniente de la Policy Analysis. Así, al examinar las configuraciones de los actores (gubernamentales y no gubernamentales) y los lineamientos de la política brasileña sobre VIH/SIDA, es posible responder a la brecha identificada por Harman (2010) en cuanto a la falta de investigaciones que aclaren las dimensiones nacionales del enfrentamiento de este problema.

Además de esta introducción, el artículo se estructura en cuatro apartados más. El segundo apartado, a continuación, presenta los conceptos que demarcan las cuestiones de investigación: gobernanza, gobernanza global y arreglos de gobernanza. En el tercero, se examina la gobernanza global del VIH/SIDA, destacando el papel del BM en éste y en el tema más general de la salud. Luego, el apartado cuatro se ocupa de los arreglos de gobernanza y las constelaciones de actores formados a lo largo de más de tres décadas de enfrentamiento a la epidemia en Brasil. Finalmente, en la conclusión se sintetizan y se discuten los principales hallazgos del estudio.

1. El concepto de gobernanza y sus derivaciones

Desde que entró en las agendas académica, gubernamental y de las relaciones internacionales, en los años 1980, pero con mayor énfasis en la segunda mitad de los 90, el concepto de gobernanza se ha vuelto popular en el campo del Análisis de Políticas Públicas. Con



su rápida difusión, el se ha convertido en un concepto polisémico, cuyos significados convergen a una noción imprecisa, que puede explicar todo o nada (Offe, 2009, Levi-Faur, 2012, Steurer, 2013). También se critica el sesgo normativo de muchas de sus aplicaciones (Cavalcante y Pires, 2018; Schabbach, 2022).

Desde una perspectiva crítica y analítica, se puede definir gobernanza como “un proceso de interacción – más o menos institucionalizado – entre entidades públicas y/o privadas, encaminado, en definitiva, a lograr objetivos colectivos” (Lange et al., 2013, p. 4, traducción propia). Para ello, los actores involucrados – Estado, empresas privadas y sociedad civil – emplean sus recursos legales, financieros, técnicos y políticos. Según los autores citados, mientras que el verbo “gobernar” se aplica al gobierno (government) o a instituciones estatales formales, la expresión gobernanza está asociada a las nuevas dinámicas de gestión de las sociedades – al gobernar “con”-, incluyendo formas “no jerárquicas” y redes de políticas públicas. De manera similar, Howlett y Ramesh (2014, p. 318, traducción propia) la designan como una relación “de tres vías” que busca “gestionar relaciones con empresas y organizaciones de la sociedad civil”. A su vez, Marques (2013, p. 31, traducción propia) define gobernanza como un “conjunto de actores estatales y no estatales interconectados por vínculos formales e informales, que operan en el proceso de producción de políticas públicas en contextos institucionales específicos”.

1.1 Gobernanza global

Cuando se añade el adjetivo “global” al término gobernanza, se amplía el enfoque a actores e interacciones que trascienden las fronteras nacionales y abordan temas de relevancia internacional. Según Dias y Matos (2012), en esta esfera operan principios, reglas, recomendaciones y procedimientos para la toma de decisiones. La gobernanza global se caracteriza por la interdependencia entre los ámbitos internacional y nacional: lo que ocurre en un nivel afecta al otro y viceversa (Cerny, 2001; Faria, 2018; Steffen, 2017, 2020).

En este entramado, los organismos internacionales (OI) cumplen un papel clave en la difusión de conocimientos, la construcción de redes epistémicas, la cooperación técnica y financiera, y la promoción de políticas públicas (Bernardo, 2016). Estos organismos pueden clasificarse en intergubernamentales (como los bancos multilaterales de desarrollo, BMD, y la Organización Mundial de la Salud, OMS), organizaciones no gubernamentales internacionales y empresas multinacionales (Faria, 2018). Según Seitenfus (1997), los OI son asociaciones voluntarias de Estados, creadas por acuerdos internacionales, con órganos permanentes que gestionan intereses colectivos y expresan una voluntad jurídica propia. En su relación con los Estados, utilizan estrategias como la difusión discursiva, la fijación de estándares, instrumentos financieros, coordinación y asistencia técnica (Faria, 2018).

Sin embargo, algunos autores, como Fiori (2005), critican el concepto. Para él, solo Inglaterra en el siglo XIX y EE.UU. entre 1945 y 1973 lograron una hegemonía real. En momentos excepcionales de estabilidad hegemónica, fue posible una convergencia de intereses y regímenes



internacionales. Desde los años 1980, y más aún desde 1990, esta convergencia desapareció. EE.UU. creció económicamente, promovió la desregulación de los mercados y abandonó acuerdos internacionales, retornando a una lógica centrada en las soberanías y los intereses nacionales. En este contexto, la gobernanza global sería, para Fiori, un ideal utópico.

Por otro lado, Padula (2021) observa fracturas en la hegemonía estadounidense posguerra, relacionadas con el ascenso de China y Rusia y el relativo declive de EE.UU. Según él, las políticas neoliberales impulsadas por instituciones Internacionales, como el FMI y el Banco Mundial, no promovieron el desarrollo de los países periféricos, sino que aumentaron las desigualdades. En respuesta, estos países impulsaron una cooperación Sur-Sur en los años 2000, con la creación de nuevas instituciones como la UNASUR (2008) y el Nuevo Banco de Desarrollo (NDB) de los BRICS (2006). En ese escenario multipolar, Brasil asumió un papel de liderazgo regional, aunque lo fue perdiendo a partir de 2010 por cambios de gobierno críticos al neoliberalismo y más alineados con EE.UU.

Así, al hablar de gobernanza global no se asume armonía entre países ni equilibrio de poder. Tampoco se ve la influencia de los OI como meramente coercitiva. Esta se produce mediante un movimiento externo-interno, con apoyo y resistencia de actores nacionales. Este enfoque resulta útil para analizar problemas públicos internacionales como el VIH/SIDA, que desde 2001 es considerado por la ONU una amenaza a la seguridad global, exigiendo respuestas coordinadas (Harman, 2010).

1.2 Arreglos de gobernanza

En el debate sobre gobernanza, Hysing (2010) destaca la transformación en las formas de gobernar: desde una forma jerárquica y estadocéntrica – con instituciones políticas de ámbito nacional (como los gobiernos federales) – a diversos arreglos multicéntricos que reúnen una multiplicidad de actores públicos y privados, en diferentes niveles y redes. Según Levi-Faur (2012, p. 4, traducción propia), los cambios en la gobernanza “sugieren que la autoridad es institucionalizada, o al menos puede institucionalizarse en diferentes esferas y, por consiguiente, estas arenas pueden competir, negociar, coordinarse o, incluso, ignorar las demás.”

Acerca de las constelaciones de actores vinculados a la gobernanza de los problemas colectivos, suele citarse el esquema tripartito que articula gobierno, sociedad civil y empresas privadas en la producción y entrega de bienes y servicios a los ciudadanos. Para Steurer (2013), cada vértice de este esquema reúne actores heterogéneos y con recursos variados, que siguen una lógica de acción común, aunque, muchas veces, busquen intereses opuestos.

Con respecto a los “arreglos de gobernanza”, traemos la definición de Howlett (2009, p. 84 y p. 79, traducción propia):

[...] una variedad de distintos actores que interactúan entre sí durante un período de tiempo relativamente largo, dentro de los límites de un conjunto de instituciones políticas y normas de gobierno, cada uno con diferentes intereses y recursos, y todos operando en un clima de incertidumbre. [Así,] los objetivos gubernamentales de alto nivel y las preferencias de implementación no son aleatorios, sino que con el tiempo



tienden a agruparse en conjuntos de ideas y instrumentos habilitantes, o modos de gobernanza, que se utilizan en una amplia gama de contextos de *policymaking* (Howlett, 2009, p. 84 y p. 79, traducción propia).

A partir de las nociones de “gobernanza global” y de “arreglos de gobernanza”, a continuación, analizamos el papel del BM en la gobernanza global del VIH/SIDA y, luego, los arreglos de gobernanza que han marcado los diferentes períodos de la historia del enfrentamiento a la epidemia de VIH/SIDA en Brasil.

2. La gobernanza global del VIH/SIDA y el papel del Banco Mundial

La gobernanza global del VIH/SIDA involucra una compleja red de actores organizados en dos niveles. En el plano externo a los Estados nacionales, se destacan organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA, el Banco Mundial (BM) y empresas farmacéuticas, así como comunidades científicas y ONGs extranjeras. En el plano interno de cada país, interactúan los gobiernos (federal y subnacionales), organismos de salud, profesionales, universidades, centros de investigación, movimientos sociales, colectivos y la sociedad civil en general.

Entre estos actores, el Banco Mundial se destaca como el banco de desarrollo más influyente en términos de alcance y volumen de financiamiento para políticas sociales. Desde la década de 1980, ha ejercido una fuerte influencia sobre las políticas públicas de países deudores, particularmente en el Sur Global. Con sede en Washington D.C., el BM está compuesto por cinco instituciones principales —incluyendo el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo (BIRD) y la Asociación Internacional de Fomento (AIF)— y reúne a 189 países miembros, con personal distribuido en más de 170 países y 130 oficinas.

A lo largo de sus 70 años de historia, el BM ha introducido una serie de cambios en su enfoque. A partir de los años 90, bajo presiones de ONGs, académicos y parlamentarios, incorporó temas como medio ambiente, transparencia y participación social. En este contexto, se crearon mecanismos como el Panel de Inspección (1993) y se amplió el diálogo con organizaciones de la sociedad civil. El resultado fue un aumento significativo en la participación de ONGs en los proyectos financiados: del 25% entre 1987 y 1995 al 52% en 1999.

En ese mismo período, el BM reorientó su agenda hacia la pobreza, entendida de manera multidimensional, y condicionó el acceso al financiamiento a la formulación de Planes Estratégicos de Reducción de la Pobreza. Además, pasó a actuar junto con agencias bilaterales (como USAID y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido) y multilaterales (como la ONU, la OCDE y la Unión Europea).

Aunque el BM amplió su campo de actuación, su motivación principal no fue humanitaria, sino estratégica: estabilizar el sistema capitalista global y promover reformas neoliberales, especialmente en países periféricos y endeudados. Estas reformas incluyeron la apertura comercial, la liberalización financiera, la descentralización administrativa, la reducción del Estado y la expansión del sector privado en áreas como salud, educación y asistencia social.



Es en este contexto que el BM comienza a actuar en el sector salud. Hasta los años 80, no financiaba directamente este tipo de proyectos. Sin embargo, con la publicación de informes clave en 1987 y 1989 —centrados en la crisis de gobernanza en África— la salud pasó a ocupar un lugar relevante en la agenda institucional. Según estudios, a partir de entonces el BM asumió un rol de liderazgo en el campo de la salud internacional, desplazando gradualmente a la OMS.

Durante las décadas de 1990 y 2000, la salud se consolidó como una de las áreas prioritarias de financiamiento del BM, ocupando el segundo lugar entre los sectores con mayor volumen de préstamos (16% en 2013). Su enfoque promovió la atención primaria para los sectores más pobres, al tiempo que incentivó el crecimiento del sector privado para quienes podían pagar. Bajo el discurso de eficiencia y focalización, se introdujeron tarifas en los servicios públicos y se redujeron los presupuestos hospitalarios, debilitando la concepción de salud como derecho universal garantizado por el Estado.

Esta lógica favoreció el protagonismo de las ONGs, que pasaron a recibir financiamiento para actuar como intermediarias en la implementación de políticas sanitarias, asumir funciones antes estatales y participar en redes internacionales. Así, se promovió la profesionalización de estas organizaciones, que comenzaron a actuar en la cogestión o incluso en la prestación directa de servicios.

En cuanto al VIH/SIDA, el BM declaró en 1993, por primera vez, que se trataba de un desafío prioritario, comprometiéndose a apoyar financieramente a los países. Desde entonces, se convirtió en uno de los mayores proveedores de recursos externos para su prevención y tratamiento. En 1997, publicó un documento clave (*Confronting AIDS*), en el que destacaba que la lucha contra la epidemia debía ser una prioridad de desarrollo, y comenzó a financiar investigaciones y vacunas. En 2002, creó el Programa Global VIH/SIDA, orientado a promover buenas prácticas y fortalecer la coordinación nacional e internacional. Este programa exigía que entre el 40% y el 60% de los fondos se destinaran a organizaciones de la sociedad civil.

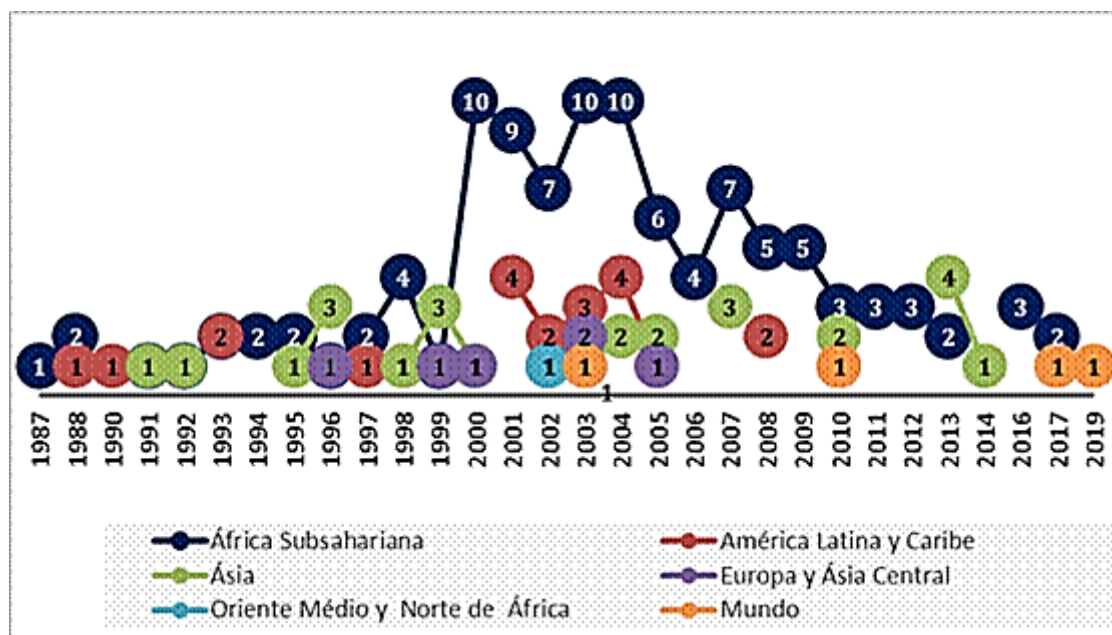
Para comprender el alcance de estas acciones, se analizaron los proyectos financiados por el BM sobre VIH/SIDA disponibles en su sitio institucional. De 870 proyectos inicialmente identificados, se seleccionaron 171 que efectivamente abordaban el tema, con un valor total comprometido de 7.856 millones de dólares y un promedio de 45,94 millones por proyecto. El primero fue aprobado en 1987 (Burundi) y el último en 2019 (vacunas contra el VIH). Los dos últimos proyectos nacionales fueron en Burkina Faso y Malawi (2016).

La región con mayor número de proyectos fue África Subsahariana (108 proyectos, 63% del total, por un monto de 4.162,27 millones de dólares), seguida de Asia (27 proyectos, 2.142,49 millones), América Latina y el Caribe (23 proyectos, 1.220,14 millones), Europa y Asia Central (7 proyectos, 285,74 millones) y Medio Oriente y Norte de África (2 proyectos, 27 millones).

El financiamiento comenzó en 1987, alcanzó su pico entre 2000 y 2004, y empezó a disminuir significativamente a partir de 2007, volviéndose esporádico en años posteriores. Una posible explicación para esta caída es la crisis económica mundial de 2008, que reconfiguró prioridades y redujo los recursos disponibles para la cooperación internacional en salud.



Gráfico 1 - Distribución del número de proyectos relacionados con el VIH/SIDA aprobados por el BM, entre 1987 y 2019



Fuente: Investigación realizada por las autoras en: World Bank. Projects & Operations (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operatives/projects-home>). Consultado en: 20 diciembre 2023.

El Gráfico 1 también muestra que el periodo de 1996 a 2013 concentró el mayor número de proyectos aprobados, cuando se cubrieron todas las regiones del mundo, especialmente el África Subsahariana. Sumado a más proyectos y recursos, esta región se benefició durante un periodo más largo y continuado, en comparación con las demás.

Siguiendo esta trayectoria, es importante resaltar, aún, el impacto causado, en 1996, por la emergencia de los medicamentos antirretrovirales (ARV), estimulando la competición internacional y un debate en los países de ingresos medios y bajos sobre desarrollo, ciudadanía y leyes neoliberales de propiedad intelectual privada sobre medicamentos. Aunque los antirretrovirales no eliminan completamente el VIH del cuerpo, evitan que el virus se multiplique y debilite el sistema inmunitario. En esa época, Brasil alcanzó prominencia en la agenda mundial de salud, defendiendo el acceso universal a ARVs (especialmente los genéricos, más baratos) y cuestionando el monopolio de su fabricación por las grandes industrias farmacéuticas multinacionales. En torno a esta cuestión se formó una alianza entre funcionarios y gobiernos de países periféricos, activistas, científicos y algunos OI, que duró hasta finales de la década de 2000 (Cueto; Lopes, 2019).

Finalmente, merece ser rescatada la posición de la OMS respecto de los medicamentos genéricos y la ampliación del acceso a los ARV. La organización cambió su orientación, inicialmente ambivalente, a favor del acceso gratuito a estos medicamentos y/o de la reducción de su costo en la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003. Al mismo tiempo, la institución fijó el objetivo de beneficiar, hasta 2005, al menos a tres millones de personas con VIH en los países en desarrollo (conocida como la Iniciativa 3 por 5). A partir de entonces, OMS se convirtió

en la autoridad central en materia de ARV, aprobando medicamentos genéricos obtenidos principalmente de empresas de la India. Sin embargo, ya en los primeros meses de 2005, quedó claro que la Iniciativa 3 por 5 no alcanzaría su objetivo, aún así, los resultados mostraron que 1,3 millones de personas recibieron ARV y se evitaron alrededor de 300.000 muertes en los países de la periferia capitalista. Entre 2004 y 2005 la estrategia empezó a recibir duras críticas por su ineficacia, mala gestión y falta de sostenibilidad financiera. Finalmente, en 2006, se abolió la Oficina de la OMS para el VIH/SIDA y la cuestión pasó a ser responsabilidad de varias unidades diferentes, hasta que fue absorbida por un amplio grupo que abarcaba el VIH, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas. De esta manera, se reafirmaron, una vez más, los intereses de las empresas farmacéuticas transnacionales y el estándar arbitrario de la gobernanza global en salud, bajo el dominio de Estados Unidos y la asesoría de FMI y BM (Cueto; Lopes, 2019).

En la próxima sección, examinaremos la ruta de la experiencia brasileña.

3. Los Arreglos de Gobernanza en torno al VIH/SIDA en Brasil

Los arreglos de gobernanza que permitieron acciones públicas para combatir el VIH/SIDA en Brasil abarcaron diferentes constelaciones de actores, con diferentes intereses y recursos, que interactúan en contextos institucionales y políticos específicos. La investigación identificó tres principales arreglos de gobernanza, desde la década de 1980 hasta mediados de la década de 2010, que se analizan a continuación.³

3.1 Arreglo de Gobernanza 1 (década de 1980)

En Brasil, como en otros países, la movilización de la sociedad civil, principalmente ONGs, ha apuntalado el proceso de construcción de la lucha contra el SIDA, junto con las universidades, algunos gobiernos de los estados federados y el Distrito Federal (Pereira, 2021).

En un primer momento, frente a las primeras notificaciones de VIH, representantes del movimiento homosexual e individuos gays empezaron a reunirse para leer y discutir estudios internacionales sobre el síndrome, buscar apoyo de profesionales de la salud, divulgar la enfermedad, trabajar en educación para la salud y atender a las personas infectadas (Teixeira, 1997, Pereira; Nichiata, 2011, Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, Pereira, 2021).

Además, como mencionan Laurindo-Teodorescu y Teixeira (2015b), en las décadas de 1980 y 1990 las ONG/Sida brasileñas suplieron la falta de campañas educativas y acciones preventivas dirigidas a hombres gays y bisexuales, transexuales y travestis, y trabajadores(as) sexuales. Dichas organizaciones pasaron de brindar apoyo técnico y financiero a los líderes de base a actuar directamente en la implementación de la política de VIH/Sida (Pereira; Nichiata, 2011). En este sentido, seguían una tendencia mundial en la que se animaba a las ONGs a asumir la cogestión de

³ Cueto y Lopes (2023) presentan otra periodización de la trayectoria brasileña de enfrentamiento al VIH/SIDA, también dividida en tres momentos, a saber: 1987 a 1996 - Derechos humanos y ciencia como pilares; 1996 a 2007 - Internacionalización de la salud brasileña; 2007-2019 - Retrocesos y desafíos políticos.



proyectos y/o la prestación directa de servicios sanitarios además del *advocacy*, para llenar el vacío dejado por la reducción de la oferta estatal y las privatizaciones derivadas del ajuste estructural. (Harman, 2010).

Investigadores brasileños (Teixeira, 1997, Galvão, 2000, Pereira; Nichiata, 2011, Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, Pereira, 2021) aclaran que las ONG/SIDA desarrollaron acciones dirigidas principalmente a enfrentar las consecuencias de la epidemia, garantizando los derechos de las personas que viven con VIH y exigiendo la inclusión del problema en la agenda de salud pública. Entre las primeras organizaciones se destacan: el Grupo de Apoyo a la Prevención del SIDA (GAPA) en la ciudad de São Paulo, y, en el estado de Río de Janeiro, la Asociación Brasileña Interdisciplinaria del SIDA (ABIA), el Grupo pela Valoración, Integración y Dignidad de los Enfermos con SIDA (Pela Vidda) y Apoyo Religioso contra el SIDA/Instituto de Estudios de la Religión (ISER)(Pereira; Nichiata, 2011, Pereira, 2021).

Otra de las respuestas gubernamentales a la presión social fue la creación, en 1983, por parte de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, de un grupo de trabajo sobre el SIDA, compuesto por profesionales que se ocupaban de la lepra y activistas del movimiento gay, con el fin de planificar las políticas públicas correspondientes (Pereira; Nichiata, 2011). Esta iniciativa resultó en la creación del pionero Programa Sida en dicho estado, que contenía 12 medidas, entre ellas la notificación obligatoria de los casos, la creación de un servicio de información telefónica y la participación comunitaria (Galvão, 2000).

En otros estados también se implantaron otros proyectos sin apoyo federal directo, como: Río de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul y el Distrito Federal. Hubo un movimiento de intercambio de especialistas (principalmente del Sudeste) para formar profesionales vinculados a los programas nacientes en todo el país (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a). Por otro lado, hubo reacciones sociales opuestas que retrasaron una respuesta más eficaz del gobierno federal. Algunos sectores – incluso dentro del Ministerio de Salud, MS – consideraban que la enfermedad tenía pequeño alcance y/o era ajena al país y/o limitada a un grupo minoritario y adinerado – argumentos que inhibían intervenciones incisivas (Pereira; Nichiata, 2011). En este contexto, la primera política nacional fue promulgada después de las primeras acciones en los estados federados y se inspiró en ellas: en el 2 de mayo de 1985, la ordenanza nº 236 (Brasil/MS, 1985) estableció el Programa de Control del SIDA, posteriormente llamado “Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA” (PN-ETS/Sida, traducción propia). Cabe señalar que tal Programa precedió la reglamentación del SUS, que ocurrió años después, en 1990 (Brasil, 1990).

En su origen, el PN-ETS/Sida recibió críticas de ONG y gobiernos subnacionales por su supuesta implementación “de arriba hacia abajo”, cuyas actividades, aunque integrales, parecían ignorar las necesidades de las personas que viven con VIH y pacientes con SIDA, además de los aspectos culturales, sociales y las especificidades epidemiológicas de los lugares abarcados (Pereira; Nichiata, 2011).

Conviene subrayar, asimismo, que la construcción de la política brasileña sobre VIH/SIDA siempre ha dependido de un fuerte financiamiento externo (Taglieta, 2006, Pires, 2006, Fonseca



et al., 2007, Grangeiro *et al.*, 2010), especialmente del Banco Mundial. Sin embargo, en este primer arreglo de gobernanza, la participación de la institución financiera se dio de manera indirecta, a través del Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas del Nordeste, vigente entre 1988 y 1996 y cuyo valor del compromiso del Banco fue de US\$ 109 millones. (Fuente: Investigación de las autoras).

3.2 Arreglo de Gobernanza 2 (década de 1990 a 2001)

Si, por un lado, el Arreglo de Gobernanza 2 reprodujo el activismo de las ONG/SIDA del período anterior, por otro lado, ha consolidado el movimiento – iniciado en 1985 con la promulgación del PN-ETS/Sida – de centralización política y financiera en lo que se refiere a las estrategias para afrontar la enfermedad, en torno al Gobierno Federal (a través del MS), que se hizo cargo de coordinar y establecer las normas y estándares nacionales para la actuación de las demás esferas gubernamentales.

En el período 1993-2001, el PN-ETS/Sida financió, vía convenios, acciones de control del Sida en todas las unidades federativas y 177 municipios considerados estratégicos. Además, se aprobaron 976 proyectos de organizaciones de la sociedad civil (OSC) mediante concurso público (Fonseca *et al.*, 2007).

El papel de las ONG/Sida siguió siendo central en este Arreglo, induciendo cambios de comportamiento y fomentando prácticas locales, especialmente de prevención (Fonseca *et al.*, 2007), dirigidas a poblaciones vulnerables consideradas prioritarias (Pereira, 2021). Por otro lado, hasta finales de los años 1990 existió una sólida interacción entre estas organizaciones y los tres niveles de gobierno, en la que el MS hacía enlace directo con los grupos movilizadores a favor de la construcción del trabajo colectivo (Parker, 1997).

Los acuerdos de cooperación – ahora directamente orientados al enfrentamiento de la epidemia – fueron estratégicos para la implementación del PN-ETS/Sida (Galvão, 2000, 2002, WB, 2004, Grangeiro *et al.*, 2010). En este período, se produjo la mayor aportación de recursos financieros del BM, repartida en dos proyectos: el de Control del SIDA y las ETS (Sida I, 1993⁴) y el BR: Control del SIDA y las ETS II (Sida II, 1999⁵). Con respecto a la contraparte brasileña, mientras el Sida I solo comprometía al gobierno federal, el Sida II hacía responsables, más allá del primero, a los gobiernos de los estados federados y municipios, señalando un alineamiento con la orientación hacia la descentralización fiscal (Harman, 2010, Pereira 2021).

En efecto, la consolidación del campo del VIH/SIDA y los resultados alcanzados en el país tuvieron repercusiones positivas en organizaciones nacionales e internacionales. Entre las décadas de 1990 y 2000, la política brasileña fue evaluada por el Banco Mundial como un ejemplo de “buenas prácticas” y un modelo a ser difundido por organizaciones multilaterales a los países en desarrollo (WB, 2002, 2004, Harman, 2010), que ha combinado acciones preventivas, cobertura

⁴ *AIDS and STD Control Project*, vigente de 1993 a 1998, con un compromiso del BM de US\$ 160 millones y una contrapartida del gobierno federal de US\$ 90 millones.

⁵ *BR: AIDS & STD Control II*, vigente de 1999 a 2003, compromiso del BM de US\$ 165 millones y contrapartida de los gobiernos federal, de los estados federados y gobiernos municipales de US\$ 135 millones.



universal y lucha contra la homofobia (Cueto; Lopes, 2023). El liderazgo de Brasil no se limitó a las relaciones Norte-Sur, sino que también abarcó la cooperación Sur-Sur. Por ejemplo, en julio de 2001, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria apoyó financieramente un programa brasileño que buscaba llevar tecnología y asistencia a países de África, América Latina y Asia (Cueto; Lopes, 2019).

Además, otros dos hechos contribuyeron al reconocimiento internacional de Brasil durante el Arreglo de Gobernanza 2: la lucha por el acceso universal y gratuito a tratamientos y por la producción nacional de medicamentos. Producto de la movilización de gestores del PN-ETS/Sida y de la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/Sida, la ley nº 9.313 (Brasil, 1996) estableció la distribución gratuita de medicamentos a portadores de VIH y pacientes de SIDA, en cumplimiento a los preceptos constitucionales y del SUS. La implementación de esta norma mejoró la notificación y el control, además de reducir la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad. Sumado a eso, dicha ley representó un contrapunto a la orientación del BM hacia la focalización (a los más pobres) y el pago individual de los medicamentos, lo que provocó reacciones internacionales contrarias a la política brasileña (Pereira; Nichiata, 2011, Cueto; Lopes, 2019).

Posteriormente, el aumento del número de pacientes y del gasto federal en la compra de medicamentos importados llevó a técnicos de MS y miembros de ONG/SIDA a movilizarse en torno a la fabricación nacional por laboratorios públicos. El proceso culminó en la llamada “guerra de patentes”, en la que Estados Unidos reaccionó a la iniciativa brasileña, presentando demanda ante la Organización Mundial del Comercio (OMC). Sin embargo, en 14 de noviembre de 2001, en la Conferencia ministerial de la OMC, se adoptó la Declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública (conocido como Acuerdo ADPIC), que ha consagrado la flexibilidad de los Estados nacionales en lo que respecta a los aspectos comerciales concernientes a los derechos de propiedad intelectual con relación a la salud pública y el acceso a los medicamentos (WTO, 2001).

Para Cueto y Lopes (2023), entre 1996 y 2007 hubo una “brasilización” en la gobernanza global de la salud y del VIH/SIDA, que combinó un modelo viable de salud pública - a través de la distribución gratuita de tratamientos y medicamentos vía SUS, educación y movilización comunitaria y enfrentamiento al estigma - con una posición de liderazgo a través de la participación activa de Brasil en los debates globales, de la cooperación Sur-Sur entre los países en desarrollo y de la defensa del acceso universal a la salud, ruptura de patentes y producción nacional de medicamentos genéricos.

3.3 Arreglo de Gobernanza 3 (de 2002 a 2015)

Durante el Arreglo de Gobernanza 3, la política brasileña de VIH/SIDA experimentó un cambio estructural que la alineó definitivamente con la directriz de descentralización político-administrativa del SUS (Fonseca *et al.*, 2007; Grangeiro *et al.*, 2010). Esta directriz, promovida desde las décadas de 1980 y 1990 por el Banco Mundial, impulsaba la inclusión de



múltiples actores —comunidades locales, gobiernos nacionales y subnacionales, sector privado, donantes internacionales— en los acuerdos de cooperación, estableciendo mecanismos de control y equilibrio (checks and balances) y fomentando la participación multisectorial en salud, un enfoque que ganó fuerza en la década de 2000 (Harman, 2010).

En este marco, en 2002 el Ministerio de Salud (MS) lanzó la Política de Incentivo para ETS/Sida (Plnc), formalizada a través de las ordenanzas nº 2.313 y nº 2.314 (Brasil/MS, 2002a, 2002b), además de otras normativas posteriores (Pereira, 2021). La Plnc modificó el flujo de transferencias financieras: hasta entonces, los recursos del Programa Nacional de ETS/Sida (PN-ETS/Sida) se transferían mediante convenios a estados federados, municipios estratégicos y, por concurso público, a organizaciones de la sociedad civil (OSC). La nueva política estableció transferencias fondo-a-fondo en el ámbito del SUS, es decir, del Fondo Nacional de Salud a fondos subnacionales, facilitando una gestión más directa y alineada con la descentralización.

Para garantizar la coherencia entre la planificación local y las políticas nacionales, los gobiernos subnacionales debían elaborar anualmente un “Plan de Acciones y Metas” (PAM), que incluía diagnóstico epidemiológico local, definición de metas, resultados e indicadores, y priorización de áreas y acciones a financiar con recursos de la Plnc. Este plan debía ser presentado por el gestor local de salud y aprobado por el consejo de salud correspondiente, registrándose en un sistema electrónico abierto a consulta pública (Brasil/MS, s.f.; Brasil/MS, 2004). Además, las secretarías estatales debían planificar en colaboración con las OSC y destinar al menos un 10% de los recursos a proyectos provenientes de estas organizaciones, evaluados a través de procesos públicos basados en su viabilidad y eficiencia (Barboza, 2006; Fonseca *et al.*, 2007).

La inclusión progresiva de municipios en la Plnc comenzó en 2002 con 415 municipios estratégicos, que concentraban alrededor del 87% de los casos reportados de VIH/SIDA (Barboza, 2006). En 2005, la ordenanza nº 2.190 incorporó 93 municipios más, sumando 508 municipios (aproximadamente el 9% del total nacional), junto a los 26 estados federados y el Distrito Federal.

En un análisis realizado por Autor (2021), se observó que el 98% de los municipios participantes registró al menos un PAM entre 2002 y 2013. Sin embargo, al evaluar una muestra de planes de 2006 a 2013, se detectaron importantes diferencias en la calidad de la planificación. El 85% de los municipios cumplió con el ítem relacionado al “perfil y tendencias de la epidemia de VIH/SIDA y otras ETS”, reflejando producción y actualización de datos epidemiológicos. Pero menos de la mitad cumplió con otros ítems clave: promoción, prevención y protección; diagnóstico, tratamiento y atención; gestión y desarrollo institucional; y relaciones con OSC. Esto evidenció una baja capacidad municipal para planificar y monitorear integralmente las acciones en salud relacionadas al VIH/SIDA.

En cuanto al financiamiento externo, el apoyo del Banco Mundial disminuyó notablemente durante la vigencia del Arreglo de Gobernanza 3, especialmente desde 2007, con una reducción general de los recursos destinados a proyectos de VIH/SIDA (ver Gráfico 1). Entre los proyectos financiados, el BM apoyó en 2003 el Proyecto Control de Sida y ETS III (Aids III) y en 2010 el



Programa Nacional de Sida – Servicio Nacional de Salud (SIDA-SUS), siendo este último el último aporte financiero del BM para América Latina y el Caribe en esta área.

Según Fonseca et al. (2007) y Harman (2010), Aids III consolidó objetivos de proyectos anteriores con énfasis en la descentralización y el rol activo de las ONG y gobiernos locales. Sus objetivos incluyeron mejorar la cobertura y calidad de la prevención y atención, asignar recursos para evaluación y promover nuevas tecnologías en vacunas y tratamientos (Pereira; Nichiata, 2011). El programa SIDA-SUS siguió directrices similares, aunque con una reducción considerable del compromiso financiero del BM, que bajó de US\$ 100 millones en Aids III a US\$ 74,13 millones.

Finalmente, Cueto y Lopes (2023) concluyeron que el periodo 2017-2019 representó retrocesos y desafíos para el combate al VIH/SIDA en Brasil y globalmente, ligados a la recesión económica, cambios políticos que afectaron el financiamiento y la implementación de programas clave, la persistencia del estigma contra las personas que viven con VIH/SIDA, y la emergencia de otras crisis sanitarias que desviaron recursos y atención de la lucha contra esta epidemia.

Consideraciones finales

El artículo analizó el papel del Banco Mundial en la gobernanza global de la salud y del VIH/SIDA y mapeó los acuerdos de gobernanza que caracterizaron el enfrentamiento de la epidemia entre 1980 y 2010 en Brasil. Asumimos que las acciones de las organizaciones internacionales en la gobernanza de problemas públicos de alcance global se realizan de manera relacional, a través de la influencia mutua entre participantes externos e internos en los arreglos de gobernanza, como lo sugieren Cerny (2001), Fontes (2014), Pereira y Pronko (2014), Vilas (2014), Steffen (2017, 2020), Faria (2018), entre otros. Por un lado, las organizaciones internacionales proporcionan recursos financieros y asistencia a los Estados miembros e influyen – con recomendaciones y presiones – en la formulación de sus políticas. Por otro lado, existe un flujo recíproco desde los países en desarrollo, que va más allá de las fronteras geográficas y tiene repercusiones externas. Estos acuerdos abarcan actores políticos heterogéneos, que cuentan con recursos variados y que están involucrados en un tema común, pero que, incluso, pueden perseguir intereses opuestos (Steurer, 2013).

El trabajo contribuye al debate sobre la gobernanza global de la salud al profundizar el papel del BM en la problemática del VIH/SIDA, destacando los resultados de proyectos financiados por la institución entre 1987 y 2019, derivados de nuestra investigación en el sitio web institucional. Además, al proponer el concepto, proveniente del Análisis de Políticas Públicas, de “arreglos de gobernanza”, enriquece el debate en torno a las políticas globales, ampliando el conocimiento sobre la “amplia, densa y bastante opaca red de relaciones, que involucra agentes públicos, privados, no gubernamentales, filantrópicos y empresariales, nacionales e internacionales” (Pereira y Pronko, 2014, p. 14, traducción propia), dentro de la cual aquellas se producen.

Se encontró que en la Gobernanza Global del VIH/SIDA, el BM ocupa una posición central, interfiriendo, incluso, en la producción de políticas nacionales, trayendo modelos



político-administrativos y categorías de intervención extranjeras, destinados a controlar el síndrome. Desde el inicio de los financiamientos en 1987, África Subsahariana ha recibido más recursos, y siempre registró mayor número de infecciones por VIH y de muertes por la enfermedad. Mientras tanto, Brasil obtuvo recursos de cinco proyectos, el primero – en 1988 – de manera indirecta y dirigido a la región Nordeste, y el último – vigente entre 2010 y 2015 – ya en el movimiento decreciente (desde 2007) del apoyo financiero para acciones dirigidas a VIH/SIDA.

En línea con lo que defienden muchos autores citados a lo largo del texto, partimos del supuesto de que las relaciones de poder dentro de la gobernanza global de la epidemia siguen patrones jerárquicos que benefician los intereses de Estados Unidos y de los países del Norte Global, reflejados en las acciones de los OI. En este contexto se sitúa la agenda social incorporada por el Banco Mundial desde los años 1980, que ha contribuido a la estabilidad del capitalismo y a la implementación de reformas estructurales neoliberales, además de reforzar el control sobre los países en desarrollo, contando con la aprobación o inercia de gran parte de los actores domésticos. Sin embargo, como señala Vila (2014, p. 66, traducción propia): “reducir la relación entre el BM y los gobiernos de los estados endeudados a una cuestión de presiones externas es una simplificación excesiva y conduce a interpretaciones incorrectas”. Además, en el siglo XXI, la disputa por el poder global ha ampliado el número de vértices (con el ejemplo de la posición alcanzada por China), en paralelo a evaluaciones de que la mayoría de las iniciativas de cooperación multilateral han sido incapaz de reducir las desigualdades sociales históricas de los países receptores. En este contexto, están surgiendo acercamientos entre países del Sur Global, como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y los BRICS (una agrupación creada en 2006, que reúne actualmente: Brasil, India, China y Sudáfrica), lo que diversifica el panorama geopolítico internacional.

Por otro lado, en cuanto al ámbito interno de la gobernanza global sobre el tema, el estudio identificó tres arreglos de gobernanza que, desde la década de 1980 hasta mediados de 2010, moldearon el campo de las respuestas a la enfermedad en Brasil, con la participación de ONGs/SIDA, universidades, gobiernos federales y subnacionales, OIs y las propias personas que viven con VIH.

El Arreglo de Gobernanza 1 – vigente en la década de 1980 – destacó el inicio de las iniciativas dirigidas al VIH/SIDA en Brasil. Ante la ausencia de financiamiento directo y de una política nacional plenamente estructurada, los movimientos sociales, las ONG/SIDA, las universidades y algunos gobiernos de estados, liderados por São Paulo, se destacaron.

Por su vez, el Arreglo de Gobernanza 2 – que comenzó en la década de 1990 siguiendo hasta 2001– estableció un movimiento de centralización política, de parte del gobierno federal, de las estrategias y recursos esenciales para enfrentar la pandemia. A través del PN-ETS/Sida, el MS concentró el poder de decisión para implementar resoluciones, definir el diseño del Programa con las instituciones ejecutoras, establecer la infraestructura necesaria y financiar o ejecutar gran parte de las actividades planificadas. En el ámbito del Plan, se acordaron proyectos con todos los gobiernos de los estados federados y del DF, con 177 municipios estratégicos y cerca de 900 OSCs.



En ese período, el país recibió la mayor cantidad de fondos del BM, con los proyectos AIDS I y AIDS II, y la política brasileña fue reconocida como un modelo de éxito, comenzando a ser difundida por los Ols. Además, con la reglamentación, en 1996, del acceso universal y gratuito a los medicamentos y tratamientos para el VIH/SIDA, así como el protagonismo en la disputa por la ruptura de patentes y por la ampliación del acceso a las terapias ARV, la actuación del gobierno brasileño contradijo, entre mediados de la década de 1990 y la primera mitad de 2000, los intereses de los países desarrollados y de las multinacionales farmacéuticas. La OMS y ONUSIDA, así como algunos países como India y otros de América Latina (por ejemplo, los que participaron del Grupo de Río, citados por Cueto y Lopes, 2019), junto aquellos de África y Asia, actuaron con esa misma orientación contrahegemónica. De esta manera, Brasil no representó un donante pasivo, circunscrito a incorporar normas de conducta y recomendaciones de Ols. Por el contrario, ocupó una posición internacional destacada, actuando tanto en flujos verticales (de países del Norte a los del Sur) como horizontales, como, por ejemplo, en acuerdos de cooperación establecidos con países del Sur Global (Fedatto, 2015, Cueto y Lopes, 2019, Padula, 2021).

El último Arreglo de Gobernanza – entre 2002 y 2015 – estuvo marcado por la inflexión provocada en el PN-ETS/Sida por la Ley de Incentivo, la Plnc (Brasil/MS, 2002a). Se puede decir que ella fue el instrumento de gobernanza (Treib, Bähr y Falkner, 2007, Lange et al., 2013) que más impactó en el diseño de la política interna, no solo por el mayor número de municipios cubiertos, sino, principalmente, a través de la introducción, junto con la exigencia de elaboración y aprobación del PAM para la recepción de recursos federales, del acuerdo intergubernamental entre gestores de diferentes instancias del SUS.

En este escenario, los gobiernos subnacionales, principalmente las administraciones municipales, asumieron un lugar central, canalizando recursos federales, planeando y implementando acciones y intermediando la participación de las OSCs locales. La Plnc completó el perfilamiento del PN-ETS/Sida con la descentralización político-administrativa del SUS, acercándose, también, a las orientaciones emitidas por los OI a partir de los años 1980, cuando los países en desarrollo comenzaron a descentralizar sus sistemas de salud, al mismo tiempo que ampliaron las respuestas al VIH/SIDA (Fonseca et al., 2007, Harman, 2010). Además, a lo largo de la década de 2010, se identificaron cambios en el PN-ETS/Sida, por ejemplo, en 2013 se transfirió el registro de acciones al sector de vigilancia de la salud, sin la obligación de se elaborar el PAM para la transferencia de recursos.

En cuanto a las ONG/SIDA, desde el establecimiento de la Plnc, ya no reciben recursos directamente del Gobierno Federal, teniendo que competir por sus proyectos con gobiernos de los estados federados y municipales y/o prospectar fuentes alternativas. Esto resultó en la reducción y discontinuidad de sus acciones, evidenciando dificultades para adaptarse al modelo (Fonseca et al., 2007, Duarte, 2008). Ese último período estuvo marcado, aún, por la reducción de recursos externos para el SIDA, ya que el último proyecto brasileño financiado por el BM finalizó en 2015.

Además, durante el Arreglo de Gobernanza 3, Brasil acabó perdiendo su posición de liderazgo en la lucha mundial contra el VIH/SIDA, que había alcanzado gracias a su modelo de



respuesta al problema, su defensa indiscutible del acceso universal a la salud y su participación activa en debates y foros globales promovidos por la OMS. Y, como golpe final, las compañías farmacéuticas y los gobiernos de los países desarrollados decidieron, en 2005, que los Estados nacionales de ingresos medios, incluso Brasil, ya no tendrían precios preferenciales para la adquisición de ARVs. Dicha decisión fué seguida por los OI, entre ellos, Banco Mundial, OMS y ONU. (Cueto; Lopes, 2019).

En años recientes, la profilaxis disponible permite que cada vez más personas vivan con el virus sin desarrollar la enfermedad, un avance que impacta el diseño de las prioridades en salud de los gobiernos y las acciones de las ONG/SIDA. Ya el cierre del financiamiento directo del BM para proyectos de países en desarrollo orientados al VIH/SIDA podría estar asociado al surgimiento de nuevos temas – como el impacto de la crisis financiera de 2008 (Cueto y Lopes, 2019) – y de nuevas epidemias y crisis sanitarias, que también demandan cooperación internacional y movilizan la agenda de los BMD, por ejemplo, la Covid 19.

Se concluye, entonces, que los acontecimientos que sacudieron la gobernanza global del VIH/SIDA entre las décadas de 1980 y 2010 ocurrieron dentro de un doble movimiento, que incluyó dinámicas externas e internas. Además, revelaron la existencia de fisuras en la estabilidad hegemónica alcanzada por Estados Unidos y los países del Norte Global, lo que repercutió en el desempeño de los bancos multilaterales y abrió espacio para el surgimiento de movimientos contrahegemónicos, presentados a lo largo del texto. En este sentido, sería oportuno aprovechar nuevas fisuras y oportunidades para introducir mejoras en la política brasileña de VIH/SIDA, principalmente: el aumento del número de beneficiarios, la implementación de (más) estrategias preventivas, la garantía de mayor sostenibilidad financiera, el fortalecimiento de la participación social y de la lucha contra la discriminación que aflige las personas que viven con VIH.

Referencias

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014. pp. 183-232.

BARBOZA, Renato. **Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003**. Dissertação de Mestrado, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

BERNARDO, Gláucia Julião. Organizações internacionais como agentes de transferência e difusão de políticas públicas. **Conjuntura Global**, vol. 5, núm. 2, pp. 233-252, 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, Brasília/DF, 1996.



BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo do Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília/DF. S.f.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Institui o Programa de controle da SIDA ou AIDS, Brasília/DF, 1985.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002**. Institui Incentivo para estados, DF e municípios no âmbito do PN-DST/Aids, Brasília/DF, 2002a.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.314, de 20 de dezembro de 2002**. Aprova as normas técnicas relativas à Portaria nº 2.313/2002, Brasília/DF, 2002b.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679, de 13 de agosto de 2004**. Aprova as normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Plnc no âmbito do PN-DST/Aids, Brasília/DF, 2004.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.190, de 09 de novembro de 2005**. Altera a relação dos municípios e os valores de referência às normas do Incentivo para estados, DF e municípios, Brasília/DF, 2005.

BRASIL, MS-Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília/DF, 2013.

CASTRO, Eduardo Lazarino de. 30 anos do SUS e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira. **Sociedade em Debate**, Pelotas, vol. 29, núm.2, pp. 31-45, maio/ago. 2023.

CASTRO, Thales. **Teoria das Relações Internacionais**. 2ª ed. Brasília: FUNAG, 2016.

CAVALCANTE, Pedro; PIRES, Roberto. **Governança Pública**: construção de capacidades para a efetividade da ação governamental. Nota técnica n. 24, Brasília/DF, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

CERNY, Phil. From "iron triangles" to "golden pentangles"? Globalizing the policy process. **Global Governance**, vol. 7, núm. 4, pp. 397-410, 2001.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. AIDS, Antiretrovirals, Brazil and the International Politics of Global Health, 1996-2008. **Social History of Medicine**, vol. 34, núm. 4, pp. 1-22, 2019.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. **Uma História Global e Brasileira da Aids (1986-2021)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo, Atlas, 2012.

DUARTE, Carlos Alberto Esteves. **O paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/AIDS**: visão de entidades representativas do movimento social em municípios selecionados do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão (Especialização em saúde pública), Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, 2008.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. As organizações internacionais como difusoras de políticas públicas. **Monções**, vol. 7, núm. 13, pp. 29-49, 2018.



FEDATTO, Máira da Silva. A cooperação internacional na efetivação da saúde global: o papel do Brasil no combate ao HIV. **Boletim de Economia e Política Internacional**, núm. 21, pp. 59-70, 2015.

FIORI, José Luís. Sobre o poder global. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 73, pp. 61-72, nov. 2005.

FONSECA, Elize Massard da; NUNN, Ammy; SOUZA JÚNIOR, Paulo B; BASTOS, Francisco Inácio; RIBEIRO, José Mendes. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, núm. 9, pp. 2.134-2.144, 2007.

FONTES, Virginia. Desigualdades, assimetrias e adesão subalterna: interrogações urgentes sobre Estados e o papel do Banco Mundial. Prefácio. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014. pp. 9-12.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.

GALVÃO, Jane. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro, ABIA, 2002.

GRANGEIRO, Alexandre, ESCUDER, Maria M; GIANNA, Maria C; CASTILHO, Euclides; TEIXEIRA, Paulo R. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à Aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Tempus - Acta em Saúde Coletiva**, vol. 4, núm. 2, pp 15-34, 2010.

HARMAN, Sophie. **The WB and HIV/Aids: setting a global agenda**. Nova York, Routledge, 2010.

HOWLETT, Michael. Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. **Policy Sciences**, vol. 42, núm. 1, pp. 73-89, 2009.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M. The two orders of governance failure: Design mismatches and policy capacity issues in modern governance. **Policy and Society**, vol. 33, núm. 4, pp. 317-327, 2014.

HYSING, Erik. **Governing towards sustainability: Environmental Governance and Policy Change in Swedish Forestry and Transport**. Örebro/Sweden, Örebro University, 2010.

LANGE, Philipp, DRIESSEN, Pieter; SAUER, Alexandra; BORNEMANN, Basil; BURGER, Paul. Governing Towards Sustainability: Conceptualizing Modes of Governance. **Journal of Environmental Policy & Planning**, vol. 15, núm. 3, pp. 403-425, 2013.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo R. **Histórias da Aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de Aids**. v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo R. **Histórias da Aids no Brasil: a sociedade civil se organiza pela luta contra a Aids**. v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

LEVI-FAUR, David. From "Big Government" to "Big Governance"? **The Oxford Handbook of Governance**, Oxford University Press, s.p., 2012.



MARQUES, Eduardo. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, vol. 7, núm. 3, pp. 8-35, 2013.

MATTOS, Ruben A. de; TERTO JUNIOR, Veriano; PARKER, Richard. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

OFFE, Claus. Governance: An Empty Signifier?. **Constellations**, vol. 14, núm. 4, pp. 550-562, 2009.

OOMMAN, Nandini. **An Overview of the World Bank's Response to the HIV/AIDS epidemic in Africa, with a focus on the multi-country HIV/AIDS Program (MAP)**. *HIV/AIDS Monitor*, Washington, London, Center for Global Development, 2006.

PARKER, Richard. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, Zahar, 1997.

PADULA, Raphael. **A disputa de poder global e a ordem liberal no século XXI**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. (Textos para Discussão n. 58).

PEREIRA, Adriana J.; NICHATA, Lúcia Y. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense. Tese de Doutorado (História). Niterói: Universidade Federal Fluminense/Programa de Pós-graduação em História, 2009.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. In: Pereira, João M. M.; Pronko, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014. pp. 19-63.

PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela. Introdução. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014. p. 13-15.

PEREIRA, Talita Jabs Eger. **A gestão de uma epidemia: estabilidade e mudança no campo do HIV/Aids no Brasil (1980-2023)**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Porto Alegre, 2021.

PIRES, Denise R. F. **Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do Programa de Aids**. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo R.; OUVENEY, Assis M.; PINTO, Luis F.; SILVA, Cosme M. F. P. da. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.



RIZZOTTO, Maria Lucia F. **Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte no SUS**. Tese de Doutorado (Saúde Coletiva). Campinas: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

SCHABBACH, Leticia María. Os usos (e abusos) do conceito de governança na análise de políticas públicas. **Barbarói (UNISC, Online)**, núm. 62, pp. 258-273, 2022.

SEITENFUS, Ricardo Antônio Silva. **Manual das organizações internacionais**. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 1997.

STEFFEN, Mariana W. **Bancos multilaterais de desenvolvimento como atores de política social: o caso do WB na América Latina e Caribe (2008-2014)**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2017.

STEFFEN, Mariana W. Bancos multilaterais de desenvolvimento, Estado e políticas sociais: o uso do conceito de capacidade estatal para entender a relação entre Estado e organizações internacionais. In: LIMA, Luciana L.; SCHABBACH, Leticia M. (Org.). **Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2020. p. 210-243.

STEURER, Reinhard. Disentangling governance: a synoptic view of regulation by government, business and civil society. **Policy Sciences**, vol. 46, núm. 4, pp. 387-410, 2013.

TAGLIETTA, Moisés F. B. **Avaliação da implementação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo**. Rio Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

TEIXEIRA, Paulo R. Políticas públicas em Aids. In: Parker, Richard. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, pp. 143-68, 1997.

TREIB, Oliver; BÄHR, Holger; FALKNER, Gerda. Modes of governance: towards a conceptual clarification. **Journal of European Public Policy**, v. 14, n. 1, p. 1-20, 2007.

UNAIDS, United Nations Programme on HIV/Aids, **Global HIV & AIDS Statistics-Fact sheet**, World Aids Day 2023, New York /USA 2023a.

UNAIDS, United Nations Programme on HIV/Aids, **UNAIDS Data 2023**, New York /USA, 2023b.

VILAS, Carlos M. O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014. p. 65-85.

WORLD BANK. **Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for reform**. Washington, DC/USA, 1987. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.

WORLD BANK. **SubSaharan Africa: from crisis to sustainable growth**. Washington, DC/USA, 1989. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.

WORLD BANK. **World Development Report 1993**. Washington, DC/USA, 1993. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.



WORLD BANK. **Confronting AIDS:** public priorities in a global epidemic. Washington, DC/USA, 1997. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.

WORLD BANK. **Brazil - Third AIDS and STD Control Project.** Washington, DC/USA, 2002. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.

WORLD BANK. **Brazil - First and Second AIDS and STD Control Projects, Project Performance Assessment Report.** Washington, DC/USA, Operations Evaluation Department (OED), 2004. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>, Acesso em: 20/10/2022.

WORLD TRADE ORGANIZATION. **Declaration on the TRIPS agreement and public health.** Doha, 2001.



LA LUCHA GLOBAL CONTRA EL SIDA: EL BANCO MUNDIAL Y LA GOBERNANZA BRASILEÑA

Resumen: El artículo analiza el papel del Banco Mundial (BM) en la gobernanza global del SIDA y las características de los arreglos de gobernanza que han consolidado la estrategia brasileña para enfrentar el VIH/SIDA entre los años 1980 y 2010. Además de una revisión bibliográfica, la investigación constó de análisis documental (legislación federal, proyectos e informes del BM y planes municipales) y recopilación de datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA). La investigación mostró que, desde 1987, el BM comenzó a financiar proyectos relacionados con el VIH/SIDA, mayormente en países del África subsahariana. Sin embargo, desde 2007 se observó una reducción de los recursos y, en 2016, la institución aprobó las últimas propuestas nacionales, de dos países africanos. En cuanto a Brasil, se identificaron tres arreglos de gobernanza que agrupan al gobierno federal (especialmente el Ministerio de Salud) con los gobiernos subnacionales, las ONG/SIDA y el Banco Mundial. El papel de estos actores cambió a lo largo de un proceso de descentralización político-administrativa y de disminución del apoyo externo a acciones para combatir el síndrome.

Palabras claves: Gobernanza global; Arreglos de gobernanza; VIH/ SIDA; Banco Mundial.

A LUTA GLOBAL CONTRA A AIDS: O BANCO MUNDIAL E A GOVERNANÇA BRASILEIRA

Resumo: O artigo analisa o papel do Banco Mundial (BM) na governança global da Aids e as características dos arranjos de governança que consolidaram a estratégia brasileira para lidar com o HIV/Aids, desde a década de 1980 até a de 2010. Além de revisão bibliográfica, a pesquisa envolveu análise documental (legislação federal, projetos e relatórios do BM e planos municipais), e compilação de dados do Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Unaids). Verificou-se que, a partir de 1987, o BM iniciou o financiamento de projetos relacionados com HIV/Aids, principalmente a países da África Subsaariana; contudo, a partir de 2007 percebe-se uma redução dos recursos, e, em 2016, a instituição aprovou as últimas propostas nacionais, de dois países africanos. Quanto ao Brasil, foram identificados três arranjos de governança reunindo o governo federal (especialmente o Ministério da Saúde), os governos subnacionais, as ONGs/Aids e o BM. O papel desses atores foi se alterando ao longo de um processo de descentralização político-administrativa e de diminuição do apoio externo para ações de enfrentamento à síndrome.

Palavras-chave: Governança global; Arranjos de governança; HIV/Aids; Banco Mundial.

THE GLOBAL FIGHT AGAINST AIDS: THE WORLD BANK AND THE BRAZILIAN GOVERNANCE

Abstract: The article analyzes the role of the World Bank (WB) in the global governance of AIDS and the characteristics of the governance arrangements that consolidated the Brazilian strategy for dealing with HIV/AIDS, from the 1980s to the 2010s. In addition to a literature review, the research involved document analysis (federal legislation, WB projects and reports and municipal plans), and data compilation from the Joint United Nations Program on HIV and AIDS (Unaids). It was found that, from 1987, the WB began funding HIV/AIDS-related projects, mainly in sub-Saharan African countries; however, from 2007 there was a reduction in resources, and in 2016 the institution approved the last national proposals, from two African countries. As for Brazil, three governance arrangements were identified, bringing together the federal government (especially the Ministry of Health), sub-national governments, NGOs/AIDS and the WB. The role of these actors has changed over the course of a process of political-administrative decentralization and a decrease in external support for actions to combat the syndrome.

Keywords: Global governance; Governance arrangements; HIV/AIDS; World Bank.



RECIBIDO EN: 6 de septiembre de 2024

APROBADO EN: 11 de junio de 2025

PUBLICADO EN: 16 de septiembre de 2025

SUGERENCIA DE CITA:

SCHABBACH, Letícia Maria; EGER, Talita Jabs. La lucha global contra el SIDA y la gobernanza brasileña. **Revista Espirales**, v. 9, e-location: e2282886919, 2025. DOI: <https://doi.org/10.29327/2282886.9.1-9>

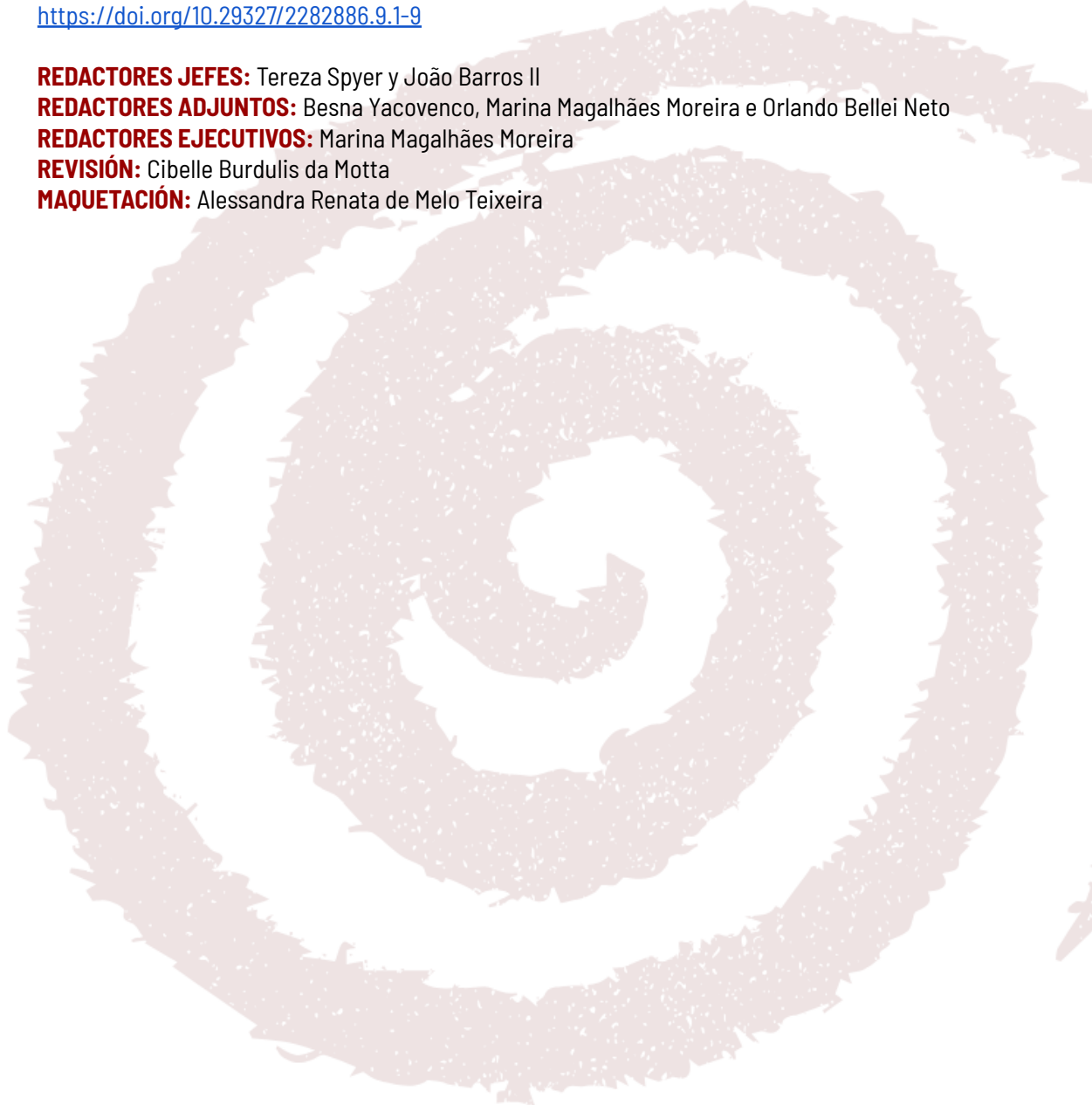
REDACTORES JEFES: Tereza Spyer y João Barros II

REDACTORES ADJUNTOS: Besna Yacovenko, Marina Magalhães Moreira e Orlando Bellei Neto

REDACTORES EJECUTIVOS: Marina Magalhães Moreira

REVISIÓN: Cibelle Burdulis da Motta

MAQUETACIÓN: Alessandra Renata de Melo Teixeira



A REVISTA ESPIRALES É APOIADA E FINANCIADA POR: