



# Compromiso con los resultados: Mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA

Evaluación del DEO sobre la asistencia proporcionada por el Banco Mundial para el control del VIH/SIDA



# DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE OPERACIONES

## ***MAYOR EFICACIA EN TÉRMINOS DE DESARROLLO MEDIANTE LA EXCELENCIA Y LA INDEPENDENCIA DE LA EVALUACIÓN***

El Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) es una unidad independiente dentro del Banco Mundial que está directamente subordinada al Directorio del Banco. El DEO juzga lo que da resultado y lo que no da resultado, la forma en que un prestatario se propone ejecutar y mantener un proyecto, y cuál es la contribución duradera del Banco al desarrollo general de un país. Las metas de la evaluación son aprender de la experiencia, proporcionar una base objetiva para juzgar los resultados de la labor del Banco, y establecer responsabilidad por el logro de sus objetivos. También mejora la actuación del Banco identificando y difundiendo lo aprendido de la experiencia y elaborando recomendaciones basadas en las conclusiones de la evaluación.



# Compromiso con los resultados: Mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA

Evaluación del DEO sobre la asistencia proporcionada  
por el Banco Mundial para el control del VIH/SIDA



© 2005 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Teléfono: 202-473-1000  
Sitio web: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
Correo electrónico: [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)

Reservados todos los derechos  
Hecho en los Estados Unidos de América

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste.

El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Las fronteras, colores, denominaciones y demás información presentada en cualquier mapa incluido en la presente publicación no implican juicio alguno de parte del Banco Mundial acerca del régimen jurídico de ningún territorio ni el respaldo o aceptación de esas fronteras.

### **Derechos y autorizaciones**

El material contenido en esta publicación está registrado como propiedad intelectual. Su reproducción o transmisión total o parcial sin la debida autorización puede constituir una violación de la legislación aplicable. El Banco Mundial alienta la difusión de sus publicaciones y, normalmente, autorizará su reproducción sin demora.

Los permisos para copiar o reproducir cualquier parte de estos materiales pueden obtenerse enviando una solicitud con toda la información necesaria a Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, EE.UU.; teléfono: 978-750-8400; fax: 978-750-4470; sitio web: [www.copyright.com](http://www.copyright.com).

Cualquier otra consulta sobre derechos y licencias, incluidos derechos subsidiarios, deberá dirigirse a la siguiente dirección: Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433, EE.UU.; fax: 202-522-2422; correo electrónico: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

Fotografías de la portada: ángulo superior izquierdo y ángulo inferior izquierdo: gentileza de Martha Ainsworth; ángulo superior derecho, © Peter Parker/Panos Pictures; ángulo inferior derecho, Masaru Goto para la Fototeca del Banco Mundial.

e-ISBN: 0-8213-6829-X  
DOI: 10.596/978-0-8213-6828-2

### **La Biblioteca de los Estados Unidos ha catalogado la edición en inglés de esta publicación de la manera siguiente:**

Ainsworth, Martha, 1955-

Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA. Evaluación del DEO de la asistencia proporcionada por el Banco Mundial para el control del VIH/SIDA/Martha Ainsworth, Denise A. Vaillancourt, Judith Hahn Gaubatz.

p. cm. – (Estudios sobre la evaluación de operaciones del Banco Mundial)

Se incluyen referencias bibliográficas.

ISBN-13: 978-0-8213-6828-2

ISBN-10: 0-8213-6828-1

1. Asistencia económica—Países en desarrollo—Evaluación. 2. SIDA (enfermedad)—Aspectos económicos—Países en desarrollo. 3. Infecciones por el VIH—Aspectos económicos—Países en desarrollo. 4. SIDA (enfermedad)—Países en desarrollo—Prevención. 5. Infecciones por el VIH—Países en desarrollo—Prevención. 6. Banco Mundial. I. Vaillancourt, Denise. II. Hahn Gaubatz, Judith. III. Título. IV. Estudio sobre la evaluación de operaciones del Banco Mundial.

HC60.A4575 2005  
362.196'9792'0091726—dc22 2005052329

2005052329

InfoShop del Banco Mundial  
Correo electrónico: [pic@worldbank.org](mailto:pic@worldbank.org)  
Teléfono: 202-458-5454  
Facsímile: 202-522-1500

Departamento de Evaluación de Operaciones  
Grupo de programas de gestión de conocimientos y desarrollo  
de la capacidad de evaluación (OEDKE)  
Correo electrónico: [eline@worldbank.org](mailto:eline@worldbank.org)  
Teléfono: 202-458-4497  
Facsímile: 202-522-3125



Impreso en papel reciclado



# Índice

vii	<b>Agradecimientos</b>
ix	<b>Prólogo</b>
xiii	<b>Resumen</b>
xix	<b>Siglas y abreviaturas</b>
3	<b>1. Introducción</b>
3	Fundamento de la participación del Banco Mundial
4	Objetivos de la evaluación
7	Marco analítico y metodología
11	<b>2. Evolución de la respuesta del Banco Mundial a la epidemia de VIH/SIDA</b>
11	Las dos fases de la respuesta del Banco Mundial
20	La cartera del Banco Mundial destinada a proyectos de asistencia
25	<b>3. Comprobaciones de la primera generación de actividades de asistencia del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA</b>
26	Comprobaciones y lecciones de la asistencia prestada por el Banco Mundial a los países para la lucha contra el VIH/SIDA
39	El alcance, la calidad percibida y la pertinencia de los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA
43	<b>4. Un análisis de la asistencia en marcha: el Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África</b>
44	Los objetivos, el diseño y los riesgos del MAP en África
47	¿Eran válidos los supuestos?
48	Datos sobre la ejecución hasta la fecha
52	¿Se materializaron los riesgos no previstos?
61	<b>5. Conclusiones</b>
67	<b>6. Recomendaciones</b>
71	<b>Apéndices</b>
73	A: Marco conceptual para la evaluación
77	B1: Cronología de aprobaciones proyectos y estrategias de lucha contra el VIH/SIDA
81	B2: Cronología anotada de la respuesta del Banco Mundial al VIH/SIDA

- 103 B3: Cronología de acontecimientos mundiales relacionados con el SIDA
- 119 C1: Datos referentes a la cartera de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA
- 129 C2: Calificaciones de los resultados de los proyectos de lucha contra el SIDA terminados
- 131 D: Cobertura del VIH/SIDA en las estrategias de asistencia a los países y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza
- 137 E: Inventario de estudios analíticos sobre el SIDA hechos por el Banco Mundial
- 141 F: El alcance, la calidad y la utilidad de los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA
- 153 G: Resúmenes de estudios de casos
- 167 H: Resultados del cuestionario autoadministrado del MAP
- 181 I: Encuesta a los jefes de equipo de los proyectos: Resumen de los resultados
- 207 J: Encuesta a los directores del Banco Mundial a cargo de las operaciones en los países de África que participan en el Programa multinacional de lucha contra el SIDA
- 219 K: Declaración del Grupo de Asesores Externos
- 223 L: Respuesta de la administración
- 243 M: Resumen del Presidente del Comité sobre la eficacia en términos de desarrollo

## 247 **Notas finales**

## 259 **Referencias**

### **Recuadros**

- 5 1.1 La epidemia mundial del VIH/SIDA
- 7 1.2 La distribución del VIH entre los grupos de riesgo y las etapas de una epidemia
- 8 1.3 Elementos constitutivos de la evaluación
- 14 2.1 Estrategias del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en África durante el primer decenio de su respuesta a la epidemia
- 16 2.2 La “primera generación” de proyectos del Banco Mundial de lucha contra el VIH/SIDA
- 17 2.3 Intensificación de la acción contra el VIH/SIDA en África
- 18 2.4 Promoción del SIDA como prioridad en las estrategias de asistencia a los países
- 26 3.1 Las prioridades gubernamentales y la etapa de la epidemia
- 27 3.2 ¿Qué ha surtido efecto para fortalecer la voluntad política?
- 29 3.3 Los estudios analíticos pueden fortalecer el compromiso, pero no son una panacea
- 35 3.4 La utilidad limitada de la prevalencia del VIH como indicador del impacto de los programas
- 38 3.5 La relación entre el gasto público, los conocimientos sobre el SIDA y el recibo de información en la India
- 44 4.1 El diseño y los criterios de admisibilidad del MAP en África
- 49 4.2 ¿Redució el MAP el tiempo de preparación de los proyectos?
- 52 4.3 Incorporación de las actividades de lucha contra el SIDA en los proyectos de educación y transporte
- 53 4.4 ¿Cuán estratégicos son los planes estratégicos nacionales?
- 55 4.5 PLACE: Centrar la prevención en los lugares a los que la gente va a buscar nuevas parejas
- 56 4.6 Los objetivos y las modalidades de los enfoques multisectoriales

### **Gráficos**

- 4 1.1 Proyectos de lucha contra el VIH/SIDA apoyados por el Banco Mundial, 1988-2004
- 12 2.1 Nuevos compromisos y proyectos de lucha contra el SIDA, por ejercicio de aprobación

13	2.2	Tendencias de los estudios analíticos, por ejercicio de terminación
22	2.3	Calificación de los proyectos terminados otorgada por el DEO
32	3.1	El crecimiento en las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo en el Brasil, 1999-2003
33	3.2	Actividades e intervenciones apoyadas por proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA
37	3.3a	Entre los entrevistados que habían oído hablar del SIDA, porcentaje que declaró espontáneamente que utilizaba preservativos como medio de evitar el SIDA
37	3.3b	Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que nunca han tenido relaciones sexuales
39	3.4	Aumento del uso constante de preservativos entre los grupos de alto riesgo de las zonas urbanas de Camboya, 1997-2001
40	3.5	Reducción de la mortalidad por el SIDA en el Brasil con el tratamiento ampliado
51	4.1	En los proyectos del MAP I, los desembolsos fueron más rápidos por lo general que en los proyectos de salud, nutrición y población en los mismos países
57	4.2	Gasto público per cápita presupuestado para intervenciones de la sociedad civil relacionadas con el SIDA en países de África que participan en el MAP

## Cuadros

6	1.1	Distribución de los préstamos del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA según el estado de cada proyecto
20	2.1	Distribución de los proyectos y los compromisos de lucha contra el SIDA, por regiones, al 30 de junio de 2004 (millones de US\$)
21	2.2	Distribución de los proyectos concluidos y activos según la etapa de la epidemia (porcentajes)
21	2.3	Objetivos declarados de los proyectos del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA (porcentajes)
31	3.1	Número de ONG y OBC apoyadas con proyectos de lucha contra el SIDA terminados
45	4.1	Vinculación de la estrategia y los mecanismos del MAP a la eficacia en términos de desarrollo
51	4.2	Número de ONG y OBC que recibía apoyo de los proyectos del MAP en África, a julio de 2004
64	5.1	Aprobaciones de proyectos del FMSTM y compromisos del Banco Mundial en países que reciben ayuda de ambos (millones de US\$)







# Agradecimientos

La presente evaluación fue preparada por el conglomerado de salud y educación del Grupo de evaluación de programas sectoriales, temáticos y mundiales del Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO). Martha Ainsworth, principal redactora del informe, fue la jefa del grupo de estudio encargado de la evaluación, bajo la dirección general de Gregory Ingram, Ajay Chhibber y Alain Barbu. El informe de evaluación se basa en aportes de muchos funcionarios y consultores del DEO, quienes realizaron exámenes documentales, inventarios, encuestas y estudios sobre el terreno.

Los seis informes de evaluación de proyectos fueron dirigidos y preparados por Denise Vaillancourt (Brasil y Chad), Timothy Johnston (Kenya, India y Zimbabwe) y Martha Ainsworth (Camboya y la India), funcionarios del DEO. Sheila Dutta fue integrante del equipo encargado de preparar el informe de evaluación del primer proyecto de lucha contra el SIDA en la India. Los autores de los cuatro estudios por países fueron Chris Beyrer, Varun Gauri y Denise Vaillancourt (Brasil); A. Edward Elmendorf, Eric Jensen y Elizabeth Pisani (Indonesia); Judyth Twigg y Richard Skolnik (Rusia), y Denise Vaillancourt, Sarbani Chakraborty y Taha Taha (Etiopía). Ahila Subramanian realizó un análisis empírico de la relación existente entre los gastos del proyecto, la sensibilización con respecto al SIDA y el comportamiento respectivo, empleando datos de la India, y Han Kang realizó otras investigaciones sobre la respuesta del Banco en la India. El grupo encargado de la preparación del informe desea expresar su gratitud a los centenares de personas de las entidades gubernamentales, la sociedad civil,

la comunidad de donantes y el Banco, que accedieron a que se les realizaran entrevistas para los informes de evaluación de proyectos y los estudios por país, y cuyo aporte individual se reconoce en los respectivos informes.

Los exámenes documentales de la cartera de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA estuvieron a cargo de Hazel Denton, Judith Hahn y Elaine Wee-Ling Ooi, y los componentes de SIDA de los proyectos externos al sector de la salud, a cargo de Ahila Subramanian y Kavita Mathur. El grupo hace llegar su reconocimiento a Donald Bundy y Seung-Hee Lee en el sector educación y a Jocelyne Do Sacramento en el sector de transporte por su amable ayuda en el establecimiento de la cartera de proyectos de lucha contra el SIDA en sus respectivos sectores. La cartera de estudios analíticos se lanzó con apoyo del coordinador de actividades de salud, nutrición y población del Banco y la oficina del Asesor Mundial en la Lucha contra el SIDA, a partir de una encuesta hecha al personal del Banco y un estudio de los sistemas de registro oficiales a cargo de Negda Jahanshahi y actualizados por Judith Hahn y Kavita Mathur. El grupo desea expresar su agradecimiento a los centenares de participantes en la 13a Conferencia Internacional sobre el SIDA en África celebrada en Nairobi y al personal de desarrollo humano del Banco, que llenaron los cuestionarios sobre el alcance, la calidad y la utilidad de los estudios analíticos del Banco. Judith Hahn se encargó de recopilar y analizar los resultados.

El equipo de evaluación agradece la información sobre los aspectos generales del Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA en África aportada por

Debrework Zewdie, Keith Hansen y Jonathan Brown. El equipo de evaluación preparó los cuestionarios autoadministrados y el método de entrevistas estructuradas de los jefes de equipo de los proyectos del Programa multinacional y de los directores a cargo de los diversos países. Judith Hahn y Martha Ainsworth entrevistaron a los jefes de equipo de los proyectos, y A. Edward Elmendorf hizo otro tanto con los directores a cargo de los países africanos donde se realizan proyectos del Programa multinacional. El equipo de evaluación agradece mucho el tiempo dedicado por los entrevistados que son o fueron directores a cargo de los países: Pedro Alba, Yaw Ansu, Robert Calderisi, David Craig, Makhtar Diop, Hafez Ghanem, Mats Karlsson, Ali Khadr, John McIntire, Emmanuel Mbi, Oey Meesook, Judy O'Connor, Hartwig Schafer, Mark Tomlinson, Hasan Tuluy y Antoinette Sayeh, y los jefes de equipo de los proyectos Nicolas Ahouissousi, Michael Azefor, François Decaillet, Jean Delion, Jacomina de Regt, Timothy Johnston, Ibrahim Magazi, Miatudila Malonga, John May, Eileen Murray, Peter Okwero, Gylfi Pálsson, Mohammed Pate, Nadine Poupart, Miriam Schneidman, Julia van Domelen, Albertus Voetberg y Christopher Walker. El equipo desea expresar su gratitud a estos y a otros jefes de equipo de los proyectos, que también proporcionaron datos específicos de cada país sobre la ejecución de los proyectos del Programa multinacional de lucha contra el SIDA en África hasta el verano de 2004, por medio de un cuestionario de encuesta. Judith Hahn, Han Kang y Martha Ainsworth recopilaron los resultados. Patrick Mullen examinó las estrategias nacionales de 21 países africanos con proyectos del Programa multinacional y cinco países que reciben del Banco Mundial asistencia para la lucha contra el SIDA fuera del Programa multinacional.

La presentación cronológica de la respuesta internacional y del Banco Mundial, en el Apéndice B, fue preparada por Martha Ainsworth y Judith Hahn a partir de documentos del Banco Mundial, publicaciones especializadas, estudios de casos prácticos hechos como parte de la evaluación, y entrevistas con personas de importancia. El equipo de evaluación hace llegar un profundo agradecimiento por la amplia e invaluable asistencia de Deirdre Bryden del departamento de Archivos del Banco Mundial y por las entrevistas con los siguientes informantes clave:

Jacques Baudouy, Eduard Bos, David de Ferranti, Joy de Beyer, Richard Feachem, Ishrat Husain, Paul Isenman, Edward Jaycox, Jean-Louis Lamboray, Callisto Madavo, Anthony Measham, Michael Merson, Jeannette Murphy, Mead Over, Ok Panenborg, David Peters, Peter Piot, Wendy Roseberry, Sven Sandstrom, Jean-Louis Sarbib, Grant Slade y Debrework Zewdie. Un sincero agradecimiento también a Rose Gachina por la búsqueda del contenido referente al SIDA en los discursos de funcionarios del Banco Mundial y a Carolyn Schiller por la búsqueda de correspondencia importante.

El equipo de evaluación agradece los extensos comentarios de dos revisores externos del trabajo en cada paso. Son ellos Joan Nelson y Heinz Vergin. También agradece mucho los comentarios de las siguientes personas sobre los documentos relativos al método y al diseño: Olusoji Adeyi, Alain Barbu, Jonathan Brown, Soniya Carvalho, Laura Cooley, Clara Else, Christopher Gerrard, Peter Godwin, Patrick Grasso, Keith Hansen, Gregory Ingram, Nalini Kumar, Uma Lele, Ruth Levine, Michael Merson, Michael Porter, May Rist, Sandra Rosenhouse, Miriam Schneidman, J. Shivakumar, Susan Stout, Jagadish Upadhyay, Howard White y Debrework Zewdie.

Los Grupos de Asesores Externos de esta evaluación estuvieron formados por Helene Gayle (Fundación Gates), Jeffrey O'Malley (Alianza Internacional contra el VIH/SIDA), Mary Muduuli (Ministerio de Hacienda de Uganda) y Mechai Viravaidya (Parlamento y Asociación para el Desarrollo de la Población y la Comunidad de Tailandia). El equipo de evaluación tiene una profunda deuda de gratitud con ellos por sus sabios consejos y su opinión con respecto al producto intermedio y al informe final, ofrecidos durante tres reuniones celebradas en la ciudad de Washington. No obstante, la responsabilidad de interpretar los resultados y emplear esos consejos es del equipo de evaluación.

William Hurlbut y Caroline McEuen hicieron la revisión editorial del informe, y María Pilar Barquero proporcionó invaluable asistencia logística y de producción durante el proceso de preparación. Julius Gwyer creó el sitio web de la evaluación ([www.worldbank.org/OED/AIDS](http://www.worldbank.org/OED/AIDS)).

Por último, deseamos dejar constancia del generoso apoyo financiero recibido del Gobierno de Noruega, por medio del Ministerio de Relaciones Exteriores y del Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo.

---

Director general interino, Evaluación de Operaciones: *Ajay Chbibber*  
Director interino, Departamento de Evaluación de Operaciones: *R. Kyle Peters*  
Gerente, Evaluación de Programas Sectoriales, Temáticos y Mundiales: *Alain Barbu*  
Jefa del proyecto: *Martha Ainsworth*



# Prólogo

**E**n 1981, sólo un año después de que el Banco Mundial comenzara un programa de financiamiento directo para el sector de salud, se detectaron los primeros casos de SIDA, y ya en 1985 era obvio que el VIH/SIDA se había propagado extensamente en diferentes partes de África al sur del Sahara. En los dos decenios transcurridos desde entonces, se han ampliado los conocimientos sobre el VIH/SIDA, pero la epidemia sigue propagándose y debilitando los adelantos logrados en el desarrollo de los países, no solamente en África, sino en muchas partes del mundo. Hasta finales del ejercicio de 2004, el Banco había comprometido US\$2.500 millones en préstamos (de los cuales se habían desembolsado alrededor de US\$1.000 millones) y patrocinado la preparación de más de 200 estudios analíticos para ampliar los conocimientos sobre la enfermedad en los países en desarrollo. El DEO ha examinado la respuesta del Banco a esta grave amenaza desde su inicio hasta la fecha y evaluado la eficacia de la asistencia prestada por el Banco a los países.

Al principio, las actividades de lucha contra el VIH/SIDA emprendidas por el Banco se concentraron principalmente en el apoyo a los programas nacionales con sede en los Ministerios de Salud y en un análisis económico del impacto y de las posibilidades de acción en la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, una intervención más amplia no fue posible debido a la falta de interés de los gobiernos en conseguir préstamos para combatir la enfermedad. Hacia finales del decenio de 1990, el Banco contrajo el firme compromiso de aumentar la demanda de ayuda para la lucha contra el VIH/SIDA entre los prestatarios. Desde

entonces, ha formulado estrategias formales e informales para abordar el problema en todas las regiones y en muchos sectores, y la prioridad asignada a la lucha contra el VIH/SIDA en las estrategias de asistencia a los países ha aumentado notablemente. La demanda de asistencia solicitada al Banco también creció con rapidez.

## Desempeño de la cartera

La cartera de proyectos de lucha contra el VIH/ SIDA del Banco hasta finales del ejercicio de 2004 constaba de 106 proyectos, 70 de los cuales representan el 96% de los

compromisos totales. No obstante, es todavía una cartera "reciente": solamente 18 de los 70 proyectos se han terminado y evaluado. Las calificaciones de los resultados de los proyectos de lucha contra el SIDA ya concluidos son similares a los de otros proyectos del sector de la salud. Sin embargo, las calificaciones del impacto que han producido los proyectos de lucha contra el SIDA en el desarrollo institucional son bastante más altas que las del sector en su totalidad.

El apoyo del Banco ha ayudado a fortalecer el compromiso de luchar contra el VIH/SIDA, mejorar la eficiencia de los programas nacionales y fortalecer las instituciones, sobre todo las vinculadas a los Ministerios de Salud. El Banco también ha animado a los gobiernos a conseguir la participación de las organizaciones no gubernamentales en los programas públicos de lucha contra el VIH/SIDA, aunque raras veces se ha evaluado la cobertura y la eficacia de esas actividades. La prevención fue un objetivo de más del 90% de los proyectos, pero las actividades planeadas de prevención enfocadas en las personas con más probabilidades de transmitir el VIH a menudo dejaron de ejecutarse y tal vez eso haya reducido la eficacia general del financiamiento del Banco.

El conocimiento y la conciencia de la enfermedad y de los comportamientos de riesgo han aumentado en la población de los países que reciben asistencia del Banco. Con todo, el seguimiento, la evaluación y la investigación han sido débiles y han contribuido poco a evaluar o a mejorar el impacto de los proyectos apoyados por el Banco. Por ejemplo, las tasas de prevalencia de la infección por el VIH/SIDA se usan con demasiada frecuencia para cuantificar el impacto, aunque no revelan nada sobre el número de nuevas infecciones, un indicador de progreso más fidedigno.

El Banco ha ampliado el acervo de conocimientos sobre el VIH/SIDA y en muchos casos ha ayudado a aumentar la voluntad política en los países que reciben su apoyo. Por lo general, la investigación y los análisis que realiza se consideran de alta calidad y utilidad entre sus lectores, según las encuestas realizadas con fines de estudio. No obstante, en las encuestas también se ha comprobado que en realidad la investigación y los análisis no llegan hasta las autoridades en África, particularmente aquéllas de los países de habla francesa.

### **Examen preliminar del Programa multinacional de lucha contra el SIDA en África**

El Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África comprometió US\$1.000 millones y consiguió la

participación de más de dos docenas de países para lanzar importantes actividades de lucha contra el SIDA, lo que ha ayudado a aumentar la voluntad política, ampliar el número de participantes e intensificar las actividades. A fines del ejercicio de 2004, no había concluido ninguno de los proyectos del programa, de manera que es demasiado pronto para evaluar su eficacia. Con todo, hay algunas características del diseño de dicho programa que ocasionan inquietud acerca de la eficacia real de los proyectos, y en algunos casos se ha comprobado que las medidas de mitigación planeadas no se han ejecutado o pueden ser inadecuadas.

El MAP en África se apoya en las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA para fijar prioridades, pero en la mayoría de esas estrategias no se asigna un orden de prelación ni un costo a las actividades. Este programa se diseñó para rápida aprobación de los proyectos, y con mayor supervisión, seguimiento y evaluación se debía compensar la preparación menos detallada. No obstante, en la práctica, parece que ese no ha sido el caso. Otra característica del diseño, que es la participación de la sociedad civil, se ha visto impedida por objetivos ambiguos, actividades a menudo sin ningún orden de prioridad, y falta de consideración de la eficacia en función de los costos en comparación con otras posibilidades. Los mecanismos empleados para movilización política quizá no son apropiados para asegurar una ejecución eficiente y eficaz del programa.

### **Conclusiones**

La lucha contra el SIDA exige acción rápida y un decidido fortalecimiento de la capacidad y la sostenibilidad a largo plazo. En los últimos años, la asistencia internacional para la lucha contra el SIDA —especialmente para el tratamiento— ha tenido un notable aumento y la función del Banco ha comenzado a cambiar de nuevo a medida que éste trabaja con asociaciones cada vez más amplias. La ventaja comparativa del Banco continúa centrándose en ayudar a fortalecer las instituciones, evaluar las alternativas y mejorar el desempeño de las actividades nacionales de lucha contra el SIDA. Si bien es importante para el Banco conseguir la participación de sus asociados, los más importantes entre ellos siguen siendo los propios países en desarrollo.

### **Recomendaciones**

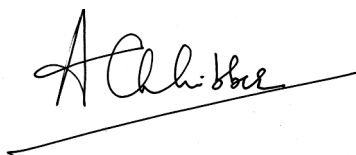
En la próxima fase de su respuesta, el Banco debería ayudar a los países a convertir su compromiso de luchar contra el VIH/SIDA en acciones que produzcan un impacto sostenible en la epidemia. Se presentan varias

recomendaciones aplicables a todos los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA del Banco:

- Ayudar a los gobiernos a ser más estratégicos y selectivos, y a dar prioridad a las actividades que tengan el mayor impacto en la epidemia.
- Fortalecer las instituciones nacionales para gestionar y ejecutar la respuesta a largo plazo, particularmente en el sector de la salud.
- Mejorar la base local de datos para la toma de decisiones por medio de un mejor sistema de seguimiento y evaluación.

Para el MAP en África en particular, el Banco debería hacer lo siguiente:

- Realizar una minuciosa evaluación de los planes estratégicos nacionales y de la política pública sobre el SIDA y hacer un inventario de las actividades de otros donantes como parte habitual de la preparación de cada proyecto.
- Articular los objetivos de participación de diferentes segmentos de la sociedad civil en actividades específicas y evaluar esas actividades rigurosamente.
- Enfocar el apoyo multisectorial para la ejecución en los sectores cuyas actividades tengan el mayor potencial para producir impacto en la epidemia y asegurar la futura disponibilidad de los recursos para supervisar sus actividades.



*Ajay Chhibber*

Director general interino, Evaluación de Operaciones

### **Mensajes principales**

- La asistencia del Banco ha llevado a los gobiernos a obrar más pronto o de una forma más enfocada y eficaz en función de los costos.
- Eso ha ayudado a generar voluntad política, crear instituciones de lucha contra el SIDA o fortalecer las existentes, hacer participar a las ONG y priorizar las actividades.
- La voluntad política y la capacidad se han sobrevalorado, y se deberá prestar constante atención a estos aspectos, según corresponda, atendiendo a la situación del país.
- La falta de cobertura de la población con patrones de comportamiento de máximo riesgo ha reducido la eficiencia y el impacto de la asistencia.
- La falta de seguimiento y evaluación y de investigaciones dirigidas son impedimentos graves para mejorar la eficacia.
- El Banco necesita ayudar a los gobiernos a priorizar y ejecutar las actividades que tengan máximo efecto en la epidemia.
- Se necesita seguir fortaleciendo las instituciones nacionales para administrar y ejecutar la respuesta a largo plazo.
- Se necesita ayudar a mejorar la base local de datos para adoptar decisiones.



# Resumen

La epidemia mundial del SIDA ha tenido profundos efectos en la calidad de vida y el progreso hacia el alivio de la pobreza en muchos de los países en desarrollo más pobres, sobre todo en África al sur del Sahara. Desde finales de los años ochenta, pero en particular en el último decenio, el Banco Mundial ha iniciado varias actividades para prevenir la infección por el VIH/SIDA y mitigar su impacto por medio de la participación en programas mundiales, el financiamiento de estudios analíticos, la participación en un diálogo sobre políticas, y la concesión de préstamos, créditos y donaciones para proyectos de lucha contra el VIH/SIDA. Hasta junio de 2004, el Banco Mundial había comprometido US\$2.460 millones en créditos, donaciones y préstamos para 106 proyectos en 62 países de ingreso bajo y mediano para prevenir, tratar y mitigar el impacto del VIH/SIDA, monto del cual se han desembolsado unos US\$1.000 millones.

## Objetivos y metodología

En la presente evaluación se analiza la eficacia en términos de desarrollo de la ayuda prestada por el Banco a los países para luchar contra el VIH/SIDA, frente a la hipótesis de falta de asistencia del Banco. Se señalan las lecciones aprendidas de esa experiencia y se formulan recomendaciones para mejorar la pertinencia, eficiencia y eficacia de las actividades en marcha y futuras. Para fines de la evaluación, la asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA comprende el diálogo sobre políticas, los estudios analíticos y el financiamiento con el objetivo explícito de reducir el alcance o el impacto de la epidemia del SIDA. Se han terminado pocos proyectos de lucha contra el VIH/SIDA, y sigue en marcha la gran mayoría de los proyectos y compromisos. Teniendo eso presente, en los tres capítulos sustantivos se aborda lo siguiente:

- La evolución y las fases de la respuesta institucional del Banco y una exposición general de la cartera de proyectos de asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia.
- Las comprobaciones sobre la eficacia de la "primera generación" de proyectos de asistencia ya terminados del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA en los países y las lecciones aprendidas de esa experiencia.
- Una evaluación de las hipótesis, el diseño, los riesgos y la ejecución, hasta la fecha, de 24 proyectos de lucha contra el SIDA en curso del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África.

Las pruebas de evaluación provienen de una detallada presentación cronológica de la respuesta del Banco Mundial y de la comunidad internacional; un inventario y

un examen documental de la cartera de préstamos del Banco para proyectos de lucha contra el VIH/SIDA; una detallada evaluación sobre el terreno de los proyectos de lucha contra el SIDA ya concluidos; estudios de casos sobre el terreno de la asistencia prestada por el Banco para proyectos de lucha contra el VIH/SIDA en Brasil, Etiopía, Indonesia y la Federación de Rusia; entrevistas y encuestas de los jefes de equipo de los proyectos del Banco en el MAP en África y los directores a cargo de esos países; un examen de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA de 26 países que reciben asistencia del Banco; documentos de antecedentes preparados por encargo; un inventario de los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA, y encuestas del personal del Banco y de los trabajadores africanos dedicados a la lucha contra el SIDA sobre el alcance, la calidad y la utilidad de dicho trabajo. La mayor parte de ese material se encuentra en los apéndices del presente informe o en el sitio web de la evaluación ([www.worldbank.org/oed/aids](http://www.worldbank.org/oed/aids)). El informe también se basa en las evaluaciones hechas por el DEO, ya concluidas, de los programas de salud, nutrición y población del Banco; la participación de las organizaciones no gubernamentales (ONG) en proyectos del Banco Mundial; el desarrollo comunitario, y el fortalecimiento de la capacidad en África. Complementa a la reciente evaluación hecha por el DEO sobre la participación del Banco Mundial en programas mundiales, incluso en el campo de la salud.

## La evolución de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA

Los primeros casos de SIDA se notificaron en los Estados Unidos en 1981. Por varios años después, la comunidad internacional de investigación trató de entender la causa y los modos de transmisión de la nueva enfermedad. Ya en 1985 se hizo evidente que ocurría una grave epidemia de infección por el VIH/SIDA de magnitud desconocida en diversas regiones de África al sur del Sahara. En ese entonces, el Banco había financiado directamente varios proyectos de salud sólo por unos cinco años; tenía pocos conocimientos prácticos sobre salud o el SIDA y seguía el ejemplo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dos factores que enmarcaron la respuesta del Banco y de la comunidad internacional fueron, en primer lugar, la profunda incertidumbre y el rápido cambio de la información sobre una enfermedad totalmente nueva —su epidemiología, propagación y forma de combatirla—y, en segundo lugar, el extraordinario estigma asociado con la enfermedad y la negación de su existencia.

Ha habido dos fases distintas de la respuesta del Banco al VIH/SIDA. Durante la primera fase, de 1986 a 1997, la respuesta del Banco sufrió limitaciones externas por la escasa demanda de asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA por parte de los países en desarrollo. Internamente, el Banco demoró su reacción debido a que la atención de los directivos de su sector de salud estaba centrada en introducir reformas cruciales en el sistema de salud, lo que eclipsó la urgencia de invertir en la prevención de la epidemia de infección por el VIH en rápido curso de propagación. Hasta 1997, la estrategia de salud, nutrición y población del Banco no abordaba la epidemia del SIDA, mencionada solamente en una remota parte de un anexo dentro del contexto de las enfermedades emergentes.

Sin embargo, durante ese período se comprometieron unos US\$500 millones en préstamos y créditos a ocho proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y 17 componentes de importancia para apoyar los programas nacionales de lucha contra el SIDA en países de cuatro continentes de todas las etapas de la epidemia. La iniciativa para las estrategias de lucha contra el SIDA y el financiamiento correspondiente provinieron sobre todo de profesionales de la salud particulares pertenecientes a agrupaciones operacionales regionales y técnicas del Banco, pero no en forma congruente de los directivos del sector de salud, nutrición y población ni de la administración superior. El Banco colaboró estrechamente con el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA en el diseño del proyecto y el lanzamiento de la importante tarea analítica sobre la eficacia en función de los costos de las intervenciones en la lucha contra el SIDA.

La segunda fase de la respuesta del Banco, desde 1998 hasta la fecha, se ha caracterizado por una promoción y movilización institucional de alto nivel, en las cuales el Banco comenzó a ejercer una función dinámica orientada a lograr mayor sensibilización con respecto al VIH/SIDA y demanda de apoyo para la lucha contra esa enfermedad entre sus funcionarios y países clientes. Varios acontecimientos de importancia ocurridos en el período 1996-1997 pueden haber contribuido a este cambio: la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), que asumió una decisiva función de promoción y pudo llegar directamente a la administración superior del Banco; la publicación por el Banco de un importante informe de investigación en el cual se destacó el SIDA como un problema de desarrollo, y la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1996. También hubo cada vez más



pruebas del alcance y del impacto de la epidemia en el ámbito internacional.

Desde 1998, ha concluido la elaboración de varias estrategias o de determinados planes de actividades de lucha contra el VIH/SIDA en casi todas las agrupaciones geográficas del Banco, y se han comprometido US\$2.000 millones adicionales para apoyar los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA en 55 países en todas las etapas de la epidemia. Aproximadamente la mitad de los nuevos compromisos contraídos desde 1998 se han materializado en más de dos docenas de proyectos del Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA en África, y el resto en proyectos realizados en Asia meridional, Europa oriental, América Latina y el Caribe. Según lo expresado en los documentos de diseño, los principales objetivos de esos proyectos han sido prevenir la propagación del VIH, ofrecer tratamiento y cuidado, mitigar el impacto del SIDA, fortalecer las instituciones nacionales y proporcionar bienes públicos.

### **La eficacia en términos de desarrollo de la ayuda para la lucha contra el VIH/SIDA ya prestada**

Como resultado del reciente aumento notable del número de compromisos, la mayor parte de la asistencia financiera del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA se destina a proyectos en marcha: hasta junio de 2004 se habían cerrado solamente 18 proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA o proyectos con importantes componentes de lucha contra esa enfermedad, que representan US\$636 millones en desembolsos. En los estudios de casos y análisis de proyectos para esta evaluación se llegó a la conclusión de que, además de aumentar los recursos para la lucha contra el SIDA en esos países, el Banco instó a varios gobiernos a actuar más pronto y de una forma más enfocada y potencialmente más eficaz en función de los costos de lo que hubieran actuado en el caso contrario. Los principales aportes de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en los países en relación con la hipótesis de falta de asistencia han sido: a) ayudar a lograr, profundizar y ampliar la voluntad política para controlar la epidemia; b) mejorar la eficiencia de los programas nacionales de lucha contra el SIDA ayudando a los gobiernos a enfocarse en la prevención, la eficacia en función de los costos y la priorización de actividades ante la escasez de recursos; c) ayudar a crear fuertes instituciones nacionales y subnacionales de lucha contra el SIDA, vinculadas generalmente a unidades de alto rango del Ministerio de Salud, o fortalecer las

existentes, para mejorar la respuesta a largo plazo, y d) alentar a los gobiernos a fortalecer la capacidad de las ONG y crear mecanismos para hacerlas participar en la respuesta nacional, a menudo ampliando el acceso a los servicios de prevención y atención por parte de los grupos de alto riesgo que presentan más probabilidades de contraer y propagar la infección.

Sin embargo, hay también algunas deficiencias. Casi en todos los países se sobrevaloró la capacidad de las ONG y de las organizaciones de base comunitaria (OBC) para diseñar, ejecutar y evaluar las intervenciones en la lucha contra el SIDA, lo mismo que la voluntad política en muchos casos. La ejecución también se demoró por causa de procedimientos excesivamente engorrosos en la tramitación de subproyectos y el retiro de fondos. En los proyectos no se invirtió lo suficiente en programas de prevención destinados a grupos expuestos a alto riesgo, que son la clave para detener la propagación del VIH. Esto se debió a que muchas veces las actividades planeadas no fueron ejecutadas, sino que se pasaron por alto en el diseño. Por último, en los proyectos como grupo a menudo se dejó de ejecutar el trabajo planeado de evaluación, seguimiento e investigación, que son bienes públicos y deberían estar entre las máximas prioridades de los programas gubernamentales de lucha contra el VIH/SIDA. La consiguiente escasez de información limita mucho la capacidad de atribuir, de una forma convincente, los cambios en los conocimientos sobre el VIH/SIDA, el comportamiento de riesgo y los resultados epidemiológicos a los programas gubernamentales apoyados con asistencia del Banco. Eso también implica que no se contó con suficiente información para mejorar la toma de decisiones y la eficacia de los programas a través del tiempo.

Se aprendieron varias lecciones de la primera generación de actividades de asistencia para la lucha contra el SIDA:

- La voluntad política de las máximas autoridades de luchar contra el SIDA es necesaria —pero no suficiente— para obtener resultados: es preciso esforzarse por lograr, ampliar y sostener esa voluntad.
- El fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud para abordar la lucha contra el VIH/SIDA reviste importancia crítica para la eficacia de la respuesta nacional contra el SIDA.
- Aun en los países donde la sociedad civil es fuerte, no se puede dar por sentada la capacidad de ejecución de programas de lucha contra el SIDA. Los proyectos del

Banco necesitan invertir en fortalecer la capacidad de la sociedad civil y establecer procedimientos más flexibles de ejecución de proyectos para hacerla participar con más eficacia.

- Es de importancia crítica tener un sólido sistema de incentivos y supervisión para que el gobierno y la sociedad civil realicen las intervenciones destinadas a los grupos expuestos a alto riesgo en la medida necesaria para reducir la transmisión del VIH.

Además de la asistencia a los países, el Banco ha patrocinado o administrado estudios analíticos sobre el VIH/SIDA que sirvieron de fuente de información para esa asistencia. En la evaluación también se señalaron más de 230 documentos sobre estudios analíticos relativos al VIH/SIDA —estudios económicos y sectoriales, investigación y artículos de revistas especializadas— patrocinados o administrados por el Banco hasta fines de junio de 2004. Este material no se registra sistemáticamente en los archivos internos del Banco, ni se recoge de manera integral en ningún sitio web. Las encuestas hechas a dos clases importantes de público revelaron que los lectores de los estudios más destacados elogiaron su calidad técnica y utilidad. Sin embargo, también revelaron que la labor analítica del Banco sobre el SIDA no llega al público principal en la comunidad africana encargada de formular políticas, particularmente a las autoridades del sector público. La falta de informes en francés y el limitado acceso a Internet son las principales barreras para un mayor acceso en África al sur del Sahara. Además, el grado de familiaridad del personal del Banco que administra los proyectos de lucha contra el SIDA con los estudios analíticos sobre el VIH/SIDA y los conjuntos de instrumentos pertinentes fue mucho menor de lo previsto.

### **El Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA en marcha en África**

Los proyectos del MAP en África representan aproximadamente dos terceras partes de los proyectos activos de lucha contra el VIH/SIDA realizados por el Banco alrededor del mundo, y cerca de US\$1.000 millones, o la mitad de esa cifra, de compromisos actuales para la lucha contra el SIDA. La meta de la primera fase del programa es "intensificar la actividad contra la epidemia en el mayor número posible de países", con los objetivos explícitos de aumentar los programas de prevención, atención, apoyo y tratamiento, y de preparar a los países para atender a quienes manifiesten el SIDA. En el programa se emplean los criterios de admisibilidad de los países y un modelo

para el diseño de proyectos que permita alcanzar esas metas y objetivos. Se hace hincapié en conseguir voluntad política mediante la participación de todos los segmentos del gobierno y de la sociedad civil y en ampliar en forma tangible y rápida la realización de intervenciones en la lucha contra el VIH/SIDA.

Los dos primeros proyectos del MAP se aprobaron en el año 2000, y hasta junio de 2004 se habían desembolsado unos US\$255 millones de los US\$1.000 millones de nuevos compromisos. Puesto que ninguno de los proyectos se había cerrado, la evaluación del DEO se concentra en evaluar las principales características del diseño del MAP en África, las hipótesis fundamentales de este enfoque y los riesgos previstos o no, dadas las pruebas provenientes de las actividades en materia de asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA concluidas y la ejecución de proyectos del MAP hasta la fecha (agosto de 2004).

El MAP en África ha logrado la participación de por lo menos dos docenas de países en el lanzamiento de importantes iniciativas de lucha con US\$1.000 millones de nuevos recursos, y parece haber contribuido a lograr una mayor voluntad política. Esto, en sí, es un enorme logro, dada la falta de demanda de asistencia para la lucha contra el SIDA de la mayoría de esos países en el decenio de 1990. En este sentido, ha abordado el principal impedimento inicial para producir un impacto mayor. Se ha comprobado que hay una amplia movilización de la sociedad civil, en mayor escala que en la mayoría (pero quizá no en la totalidad) de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA concluidos, y la participación de muchos más sectores de la economía. Se han creado mecanismos para financiar una respuesta de la sociedad civil a la epidemia de SIDA en muchos países donde no existían. En promedio, los recursos del MAP en África se han desembolsado más rápido que en los proyectos de atención de salud realizados en la primera docena de países. Se busca alcanzar el objetivo de "intensificación" de las intervenciones.

No obstante, el objetivo primordial del MAP en África es prevenir la infección por el VIH y mitigar su impacto; una ejecución más amplia y una firme voluntad política son medios para alcanzar ese fin. El enfoque del MAP en África se apoya en gran medida en la orientación técnica y estratégica del plan estratégico nacional de cada país (uno de los criterios de admisibilidad), unida a un sólido sistema de seguimiento y evaluación (S&E), una supervisión de proyectos más estricta de lo normal y la existencia de proyectos piloto de eficacia comprobada, evaluados en cada localidad, para asegurar la eficiencia y eficacia de las

actividades que se intensificarán. En el diseño del MAP en África no se evaluaron los riesgos del diseño de los proyectos relacionados con esos factores que aseguran la eficiencia y eficacia. Debido a la importancia atribuida a la preparación rápida de los proyectos, se realizó menos labor analítica inicial y se redujo el número de evaluaciones de actividades básicas. El insumo estratégico del Banco en la etapa de diseño —que podría haber proporcionado alguna protección contra estos riesgos— fue menor que en proyectos anteriores de lucha contra el VIH/SIDA.

Puesto que todos los proyectos del MAP en África estaban todavía activos en el momento de terminar el presente informe, es demasiado pronto para determinar si esos riesgos se han mitigado con las características específicas de cada proyecto o con asistencia técnica y otros insumos de ACTAfrica, la unidad de gestión del MAP en África. Con todo, la evidencia obtenida hasta la fecha indica que, en muchos casos, no se han establecido claramente las prioridades dentro de los planes nacionales estratégicos. Al igual que en los proyectos terminados antes, todo parece indicar que debido a la deficiencia del trabajo de S&E, en muchos proyectos del MAP en África no se ha producido el "aprendizaje con la práctica" previsto y que se intensifican muchas actividades que nunca se han sometido a evaluación local. La supervisión no parece ser mayor que la realizada para el financiamiento de la atención de la salud, en tanto que, en promedio, la complejidad de los proyectos y el número de actividades son mucho mayores. Como resultado, existe el riesgo de que muchos de los participantes movilizados políticamente tras la lucha contra el VIH/SIDA intervengan en la ejecución de actividades para las cuales tienen poca capacidad, escasos conocimientos técnicos o una mínima ventaja comparativa, con el consiguiente desvío de una capacidad ya escasa de otras actividades de reducción de la pobreza y también de recursos que otros participantes puedan emplear con eficacia. Estos riesgos potenciales han surgido por causa de fallas en el diseño del MAP en África que inciden en la eficacia y eficiencia del uso de los recursos. Los exámenes a mitad del período de ejecución de esos proyectos y la fase de financiamiento siguiente proporcionan una oportunidad para crear mecanismos que reduzcan al mínimo esos riesgos y mejoren la eficacia de la asistencia del Banco.

## Recomendaciones

**En la siguiente fase de su respuesta, el Banco debe ayudar a los gobiernos a usar los recursos humanos y financieros con más**

**eficiencia y eficacia para producir un impacto sostenible en la epidemia de infección por el VIH/SIDA.** El Banco debe centrarse en el fortalecimiento de la capacidad; el establecimiento de instituciones nacionales y subnacionales fuertes; la inversión estratégica en bienes públicos y actividades que puedan producir máximo impacto, y la creación de incentivos para seguir, evaluar e investigar basados en datos locales que se utilizan para mejorar los resultados de los programas.

Para promover este objetivo en **todas las actividades de asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA**, en el informe se hacen las siguientes recomendaciones:

- **Ayudar a los gobiernos a ser más estratégicos y selectivos, y a establecer prioridades empleando su limitada capacidad para ejecutar actividades que tengan el máximo efecto en la epidemia.** La mayor priorización y secuenciación de las actividades mejorarán la eficiencia, reducirán la complejidad administrativa y asegurarán la ejecución de las actividades de mayor eficacia en función de los costos en primer lugar. En particular, el Banco debe asegurar un apoyo adecuado en todos los países para ofrecer bienes públicos y prevención a las personas con mayores probabilidades de propagación del VIH, y ayudar a los países con alta prevalencia del VIH/SIDA a evaluar las repercusiones en materia de costos, beneficios, accesibilidad financiera, sostenibilidad y equidad de diferentes tratamientos y opciones de atención de salud.
- **Fortalecer las instituciones nacionales para administrar y ejecutar la respuesta a largo plazo, particularmente en el sector de salud.** Las respuestas ampliadas entre otros sectores prioritarios son apropiadas en situaciones específicas, pero no deberían darse a costa de invertir en el fortalecimiento de la capacidad del sector de salud para actuar. Además, en la asistencia del Banco se deben considerar instituciones distintas, cuando proceda, para cumplir con los objetivos de movilización política y ejecución de actividades sobre el terreno; formular estrategias explícitas para fortalecer, ampliar y sostener la voluntad política, y hacer mayor uso del análisis institucional y político para mejorar el desempeño de las instituciones locales.
- **Mejorar la base local de datos para tomar decisiones.** El Banco debe crear incentivos para asegurar que el diseño y la gestión de la asistencia prestada a los países para la lucha contra el SIDA se guíen por datos pertinentes y oportunos localmente producidos y estudios analíticos rigurosos. Entre las medidas específicas cabe citar: un inventario y un análisis, hechos de inmediato en forma sistemática y detallada, de todas las actividades de S&E en marcha en todos los proyectos y componentes de lucha contra el VIH/SIDA,

como base de un plan de acción con un plazo determinado con el fin de mejorar los incentivos para S&E, con metas explícitas; identificación previa de un programa de investigaciones encomendadas y estudios analíticos sobre cuestiones prioritarias de los programas de lucha contra el SIDA en cada país; mejor uso de la evaluación independiente de proyectos piloto y de importantes actividades programáticas en marcha, y medidas para hacer que el Banco se convierta en un "banco de conocimientos sobre el SIDA".

El ***Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA en África*** se ha diseñado para mitigar los riesgos relativos a la voluntad política y la ejecución, pero hay pocos mecanismos estructurales para asegurar la eficiencia o la eficacia. Estos riesgos se pueden reducir por medio de las siguientes medidas (además de las recomendaciones aquí citadas, aplicables a todos los proyectos):

- ***Una minuciosa evaluación técnica y económica de los planes estratégicos nacionales y de la política pública sobre el SIDA y un inventario de las actividades de otros donantes deben convertirse en parte habitual de la preparación de proyectos.*** Cuando los planes estratégicos nacionales no son adecuados como base para priorizar y secuenciar las actividades, el Banco debe hacer participar a los clientes en discusiones estratégicas, con los estudios analíticos como fuente de información, para señalar las prioridades programáticas que reflejen la etapa de la epidemia, las limitaciones de la capacidad y el contexto local. Los proyectos de continuación se deben estructurar de tal
- ***Los objetivos de la participación de diferentes segmentos de la sociedad civil en actividades específicas deben explicarse con claridad, para distinguir entre los invitados a participar con fines de movilización política y quienes tienen conocimientos técnicos y una ventaja comparativa en la ejecución de actividades con efecto directo en la epidemia.*** Los resultados de las actividades de lucha contra el SIDA impulsadas por la comunidad deben evaluarse rigurosamente con respecto a su eficacia para efectos de sensibilización, cambio de comportamiento o mitigación del efecto, lo mismo que la eficacia en función de los costos de las alternativas antes de renovarlos.
- ***El Banco debe centrar el apoyo multisectorial para ejecución en los sectores con actividades que tengan el máximo impacto potencial en la epidemia —como el Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas, los sectores de educación, transporte y otros, según el país— y asegurar la futura disponibilidad de los recursos necesarios para supervisar sus actividades.*** Es preciso definir con mayor claridad los objetivos de la acción multisectorial contra el SIDA y los agentes clave con respecto a cada uno de los objetivos. Es necesario evaluar la relación entre el apoyo del MAP en África a los ministerios sectoriales y las actividades de lucha contra el SIDA en la asistencia dada a los sectores distintos del de la salud, y su relativa eficacia, con el fin de mejorar su complementariedad y la eficiencia de la supervisión.

---

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AFR	Oficina Regional de África
AIF	Asociación Internacional de Fomento
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CAS	Estrategia de asistencia a los países
DBC	Desarrollo de base comunitaria
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CISEA	Conferencia internacional sobre el SIDA y las ETS en Africa
DCHDP	Proyecto de control de las enfermedades y fomento de la salud (Camboya)
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
DEO	Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
DIC	Desarrollo impulsado por la comunidad
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
EES	Estudios económicos y sectoriales
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMSTM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GAMET	Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA
GHAP	Programa Mundial sobre el VIH/SIDA
GTT	Grupo de Estudio Mundial
HDNED	Equipo de Educación/Red sobre Desarrollo Humano
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
IERP	Informe de evaluación de resultados de un proyecto (del DEO)
IFE	Informe final de ejecución
IO	Infecciones oportunistas
ITS	Infección de transmisión sexual
KAP	Encuesta de conocimientos, actitud y prácticas
LAC	Oficina Regional de América Latina y el Caribe
MAP	Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA
NACO	Organización Nacional de Control del SIDA (India)
NCHADS	Centro nacional para la prevención del VIH/SIDA y las ETS y de dermatología (Camboya)
OBC	Organización de base comunitaria
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAPSCA	Programa de alivio de la pobreza y reducción de los costos sociales del ajuste (Uganda)
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA
PITS	Proyecto de lucha contra el SIDA y las infecciones de transmisión sexual
PMS	Programa Mundial contra el SIDA

SACS	Sociedad estatal de control del SIDA (India)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDALAC	Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe
SNP	Salud, nutrición y población
S&E	Seguimiento y evaluación
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TB	Tuberculosis
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana



## **Capítulo 1: Puntos esenciales de la evaluación**

- El VIH/SIDA ha ocasionado un retroceso en el desarrollo.
- El impacto es prevenible, pero los gobiernos se muestran renuentes a obrar.
- El Banco Mundial ha comprometido US\$2.500 millones para financiar la lucha contra el VIH/SIDA y patrocinado la preparación de más de 200 estudios analíticos.
- En la evaluación se examina la respuesta del Banco Mundial y se analiza la asistencia prestada a los países para la lucha contra el VIH/SIDA.





# Introducción

La epidemia mundial del SIDA ha tenido un profundo efecto en la calidad de vida y el progreso hacia el alivio de la pobreza en muchos de los países en desarrollo más pobres, en particular en África al sur del Sahara. Sobre los países menos gravemente afectados se cierne una amenaza si no se realizan actividades de prevención eficaces y oportunas.

Desde finales de los años ochenta, pero en particular en el último decenio, el Banco Mundial ha llevado a cabo actividades para prevenir el VIH/SIDA y mitigar su impacto por medio de participación en programas mundiales; financiamiento de estudios analíticos; participación en un diálogo sobre políticas, y concesión de préstamos, créditos y donaciones para proyectos de lucha contra el VIH/SIDA. En junio de 2004, el Banco Mundial había comprometido US\$2.460 millones de créditos, donaciones y préstamos a 62 países de ingreso bajo y mediano para 106 proyectos destinados a prevenir, tratar y mitigar el impacto del VIH/SIDA (véase el Gráfico 1.1), de los cuales se habían desembolsado alrededor de US\$1.000 millones<sup>1</sup>.

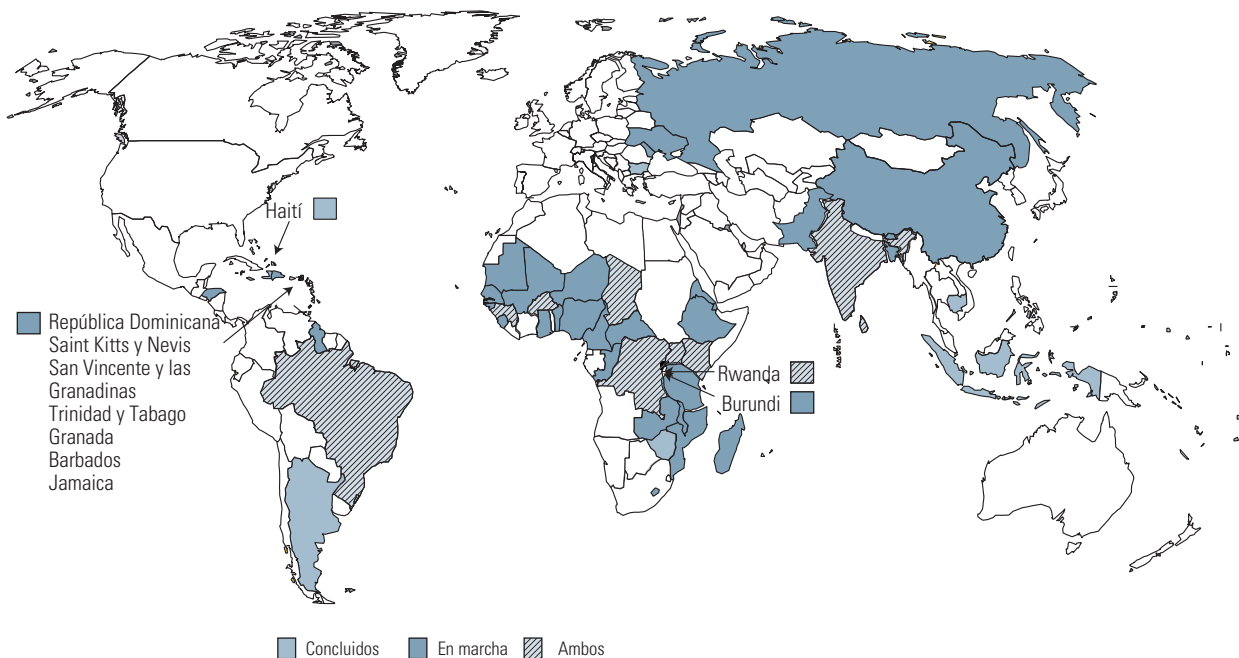
## Fundamento de la participación del Banco Mundial

El Banco Mundial ha ayudado a los gobiernos a mejorar los resultados en materia de salud desde comienzos de los años ochenta<sup>2</sup>. La buena salud es un bien por derecho propio y un objetivo de política pública. También es indispensable para el mandato de reducción de la pobreza dado al Banco Mundial: la mejor salud contribuye a mejorar la productividad y el ingreso, en tanto que la salud deficiente es consecuencia de la pobreza y la exacerba (véase, por ejemplo,

CMH, 2001; Jamison y otros, 1993; Banco Mundial 1993). Este sería un fundamento suficiente para que el Banco se preocupe por el SIDA, como uno de muchos otros problemas de salud que enfrentan los países en desarrollo. Con todo, el Banco ha presentado otros argumentos sobre la importancia de prevenir la propagación del VIH y mitigar su impacto, y la urgencia de hacerlo.

**Primero, el impacto del VIH/SIDA en la economía y la pobreza de un país es excepcional (Banco Mundial, 1993, 2000a).** En África al sur del Sahara, el SIDA es la enfermedad que causa más fallecimientos de adultos en la plenitud de la vida reproductiva y económica (Recuadro 1.1). Ha eliminado el aumento de la esperanza de vida que tanto trabajo ha costado lograr en los últimos 50 años en los países más afectados<sup>3</sup>. La enfermedad relacionada con el SIDA ha hecho aumentar en forma notable la demanda de atención médica costosa y ha fomentado el resurgimiento de la tuberculosis, su infección oportunista más común. Las defunciones por SIDA privan a las fuerzas de trabajo de algunos de sus miembros más competentes, dejando a las familias sin sostén y a los niños, sin padres. Si bien el impacto del SIDA en el crecimiento económico es variado (véase, por ejemplo, Arndt y Lewis, 2000; Bell y otros, 2003, 2004; Cuddington, 1993; Kambou y otros,

Gráfico 1.1: Proyectos de lucha contra el VIH/SIDA apoyados por el Banco Mundial, 1988-2004



1992, y un debate en el informe del Banco Mundial, 1997a), el efecto distributivo en cuanto al empeoramiento de la pobreza no es nada ambiguo.

**Segundo, en algunos países en desarrollo, el VIH/SIDA sólo comienza a avanzar y no se ha propagado ampliamente.** Al alentar a los gobiernos de esas regiones a intervenir lo más pronto posible para prevenir la propagación del VIH, el Banco puede ayudar a evitar los efectos más graves en la salud y la pobreza.

**Tercero, los gobiernos se muestran renuentes a obrar.** Puesto que hay un lapso de un decenio o más entre la infección por el VIH y la manifestación del SIDA, la propagación inicial y explosiva del VIH es invisible para las autoridades. Durante ese período, solamente algunas personas se enferman. En realidad, aun cuando se lanza la prevención del VIH, su impacto es observable sobre todo a largo plazo. A corto plazo, otras enfermedades endémicas pueden ser debilitantes o mortales para mucha más gente. Además, el estigma social y la negación que conllevan algunos de los patrones de comportamiento que propagan el VIH —relaciones sexuales y uso de drogas intravenosas— hacen que las autoridades se muestren extremadamente renuentes a intervenir en forma oportuna<sup>4</sup>. Tanto al comienzo como en época avanzada de una

epidemia, el grupo de personas a quienes se destina la prevención es pequeño y políticamente marginado; la demanda de prevención entre la población en general es difusa y se ve debilitada por la negación. Con todo, a falta de cura, la prevención es la única forma de reducir el alcance definitivo de una epidemia de SIDA. El Banco Mundial está en una situación privilegiada para instar a los gobiernos a obrar, dado su mandato de reducción de la pobreza, su experiencia de más de dos decenios de apoyo a los sistemas de atención de la salud, su poder de convocatoria en los niveles más altos de gobierno y su alcance multisectorial.

### Objetivos de la evaluación

En esta evaluación se analiza la eficacia en términos de desarrollo de la asistencia prestada por el Banco a los países para la lucha contra el VIH/SIDA y se identifican las lecciones para mejorar la pertinencia, la eficiencia y eficacia de las actividades en curso y futuras. El trabajo se concentra en la evaluación de la asistencia *en los países* porque ésta es la forma más directa en que el Banco puede influir en los resultados y por causa del enorme empeño puesto recientemente por el Banco y la comunidad internacional en intensificar la ejecución sobre el terreno. Esta evaluación comple-

### Recuadro 1.1: La epidemia mundial del VIH/SIDA

A fines de 2004, 39 millones de personas alrededor del mundo tenían infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y más de 20 millones habían muerto de SIDA<sup>a</sup> desde el comienzo de la epidemia. Más de 95% de las personas afectadas por el VIH/SIDA viven hoy en día en países de ingreso bajo y mediano; casi dos terceras partes de ellas están en África al sur del Sahara y alrededor de una de cada cinco vive en Asia meridional o sudoriental (véase el cuadro). En 2004, otros 4,9 millones de personas contrajeron la infección y 3,1 millones murieron de SIDA.

En todo el mundo, el VIH se propaga con mayor frecuencia por medio de relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada o por el uso común de equipo de inyección infectado. También se propaga de las madres seropositivas a sus hijos durante el parto y la lactancia; por medio de transfusión de sangre y hemoderivados contaminados, y en los establecimientos de atención de la salud donde no se toman precauciones para proteger a los pacientes y al personal. Por lo tanto, la mayoría de las personas infectadas son adultos en la plenitud de la vida; alrededor de 5% son niños menores de 15 años. Hoy en día, el SIDA es la principal causa de muerte de las personas de 15 a 59 años en todo el mundo<sup>a</sup>.

Estimaciones del número de infecciones por el VIH y de la mortalidad por SIDA, por región, en diciembre de 2004

Región	Personas que viven con el VIH/SIDA	Número de nuevas infecciones en 2004	Número de defunciones por SIDA en 2004
África al sur del Sahara	25,4 millones	3,1 millones	2,3 millones
Asia meridional y sudoriental	7,1 millones	890.000	490.000
América Latina y el Caribe	2,1 millones	293.000	131.000
Europa oriental y Asia central	1,4 millones	210.000	60.000
Asia oriental	1,1 millones	290.000	51.000
Oriente Medio y Norte de África	0,5 millones	92.000	28.000
América del Norte, Europa occidental y Oceanía	1,6 millones	70.000	23.200
Total	39,4 millones	4,9 millones	3,1 millones

Fuente: ONUSIDA, 2004<sup>a</sup>.

a. Sitio web de la Fundación Kaiser ([www.kff.org/hiv/aids/timeline](http://www.kff.org/hiv/aids/timeline)), consultado el 28 de noviembre de 2004.

menta otra efectuada en fecha reciente por el DEO de la participación del Banco Mundial en programas mundiales, incluido un estudio de casos prácticos de 14 programas mundiales de salud, uno de los cuales fue el del ONUSIDA<sup>5</sup>.

El Banco Mundial puede obrar para reducir el VIH/SIDA directamente en los países ayudando a los gobiernos a realizar actividades de prevención, cuidado y mitigación del VIH/SIDA, e indirectamente apoyando actividades de reducción de la vulnerabilidad social a la infección. Son ejemplos de estas últimas actividades las políticas y los programas para aumentar el alfabetismo, reducir la pobreza y mejorar la condición social de la mujer, todos ellos también financiados por el Banco Mundial. Para los fines de esta evaluación, *la asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA* incluye un diálogo sobre políticas, estudios analíticos y financiamiento con el objetivo explícito de reducir el alcance o el impacto de la epidemia

de SIDA. Con eso no se niega la importancia de los canales indirectos; más bien, se reconoce que el DEO ha terminado recientemente o realiza todavía algunas evaluaciones de muchas actividades del Banco con efectos en la vulnerabilidad social<sup>6</sup>, pero nunca ha evaluado la asistencia directa del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA<sup>7</sup>.

Ésta es una evaluación orientada hacia el futuro. La cartera de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA del Banco es pequeña: se han concluido solamente nueve proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y 22 con componentes de lucha contra el SIDA de por lo menos US\$1 millón (véase el Cuadro 1.1). Entre los componentes concluidos, sólo la mitad comprende por lo menos 10% del compromiso total del Banco Mundial. En cambio, desde el año 2000 se han puesto en marcha casi dos terceras partes de los proyectos y compromisos pertinentes. Además, como se discutirá en el capítulo siguiente, un cambio en la estrategia del Banco en África

precipitó cambios fundamentales en la preparación y el diseño de proyectos de lucha contra el SIDA a partir del año 2000, en comparación con la “primera generación” de proyectos concluidos.

El Banco nunca ha adoptado una estrategia de lucha contra el VIH/SIDA de alcance institucional, pero sus objetivos en materia de política pueden inferirse de las estrategias regionales y los objetivos del financiamiento concedido a los países: ayudar a los gobiernos a prevenir la propagación del VIH, desarrollar los sistemas de salud para tratar y cuidar a los pacientes de SIDA, mitigar otros efectos y fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales para manejar y sostener la respuesta a largo plazo. En esta evaluación se analiza la eficacia de la asistencia prestada a los países para la lucha contra el VIH/SIDA frente a esos objetivos de política y se centra la atención en las lecciones aprendidas de la asistencia pasada para mejorar la pertinencia, eficiencia y eficacia de las actividades en curso y futuras del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA. También se ofrecen puntos de vista sobre la eficacia y las lecciones aprendidas de cuatro estrategias que revisten gran importancia para la asistencia prestada actualmente por el Banco a los países en la lucha contra el SIDA:

- Fortalecimiento del compromiso del sector público para luchar contra el VIH/SIDA.
- Adopción de métodos multisectoriales en la respuesta nacional contra el SIDA.
- Participación de las organizaciones no gubernamen-

tales (ONG) y las comunidades en la asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA respaldada por el Banco.

- Fortalecimiento de la información, el seguimiento y la evaluación en los programas nacionales de lucha contra el SIDA para mejorar “el aprendizaje con la práctica” y la toma de decisiones.

En la evaluación se analiza la eficacia en términos de desarrollo y las lecciones aprendidas de los países que han recibido asistencia en el pasado y se examina la calidad de un subconjunto de proyectos de la cartera actual —el Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA (MAP) en África— incluido el grado hasta el cual se han incorporado esas lecciones. La justificación para realizar un examen más minucioso del MAP en África radica en que, en primer lugar, estos proyectos representan alrededor de dos terceras partes de los proyectos activos y cerca de la mitad de los compromisos en curso con respecto a la lucha contra el SIDA, y, en segundo lugar, el diseño del MAP en África se aparta de los proyectos normales de inversión que constituyen la cartera de proyectos concluidos de lucha contra el SIDA y la cartera de proyectos activos en otras regiones. Además, el MAP en África se ocupa del continente más afectado y señala el comienzo de un compromiso a largo plazo de unos 10 a 15 años por parte del Banco. El grupo de África y otras agrupaciones regionales dentro del Banco están evaluando cuáles aspectos de este diseño se deben conservar, cuáles se deben modificar en la próxima ronda de préstamos y cuáles podrían aplicarse a otras regiones.

**Cuadro 1.1: Distribución de los préstamos del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA<sup>a</sup> según el estado de cada proyecto**

Estado del proyecto	Tipo de proyecto					
	Proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA		Componente del SIDA		Total	
	Proyectos (números)	Compromisos (millones de US\$)	Proyectos (números)	Compromisos (millones de US\$)	Proyectos (números)	Compromisos <sup>c</sup> (millones de US\$)
Concluidos	9	577,7	22	96,4	31	674,1
Activos	44	1.535,8	31	254,7	75	1.790,5
Total	53	2.113,5	53 <sup>b</sup>	351,1	106	2.464,6

Fuente: Apéndice C.

a. Proyectos con componentes de más de US\$1 millón asignados a la lucha contra el VIH/SIDA.

b. Sólo en 20 proyectos (nueve concluidos y 11 activos) el componente de SIDA fue superior al 10% del compromiso total del Banco.

c. El monto comprometido para los proyectos concluidos en este cuadro refleja la suma realmente desembolsada.

### Recuadro 1.2: La distribución del VIH entre los grupos de riesgo y las etapas de una epidemia

El VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienden a propagarse con más rapidez entre las personas con patrones de comportamiento de alto riesgo, por ejemplo quienes tienen relaciones sexuales sin protección con muchas parejas o comparten equipo de inyección sin esterilizar. Esas personas no solamente tienen más posibilidades de infectarse sino que por causa de su comportamiento, sin saberlo, pueden transmitir el VIH a otras, incluso a sus cónyuges y a los hijos que no siguen patrones de comportamiento de alto riesgo. El grado de propagación de las poblaciones expuestas a alto riesgo a las que presentan comportamiento de poco riesgo depende del grado de interacción entre ellas; no es fácil de pronosticar y varía de una cultura y una región geográfica a otra. Los grupos de alto riesgo son conglomerados de personas con características identificables —como ocupación, lugar de trabajo o domicilio— que siguen patrones de comportamiento de alto riesgo, en promedio, en comparación con la población en general. Entre los ejemplos cabe citar los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables y los grupos ocupacionales que separan a las personas de su familia (por ejemplo, los camioneros que deben recorrer grandes distancias, los marineros, los miembros de las Fuerzas Armadas, los trabajadores migratorios o los mineros). El VIH se propaga en diferentes proporciones dentro de los países; son comunes las diferencias regionales.

Los epidemiólogos han clasificado los países según el grado de infección de diferentes grupos de la población. En países con una epidemia *incipiente*, la propagación del VIH está pendiente, aun entre quienes tienen patrones de comportamiento de alto riesgo. Una epidemia está *concentrada* cuando los niveles de infección han aumentado considerablemente entre las personas con comportamiento de alto riesgo, pero todavía está por aumentar en la población en general que es más numerosa y está expuesta a poco riesgo. Una epidemia *generalizada* es aquella en que el VIH se ha trasladado de las poblaciones con comportamiento de alto riesgo y pasa a infectar considerablemente a la población expuesta a poco riesgo.

En realidad, hay un continuo en las tasas de infección en diferentes grupos; estas “etapas” se presentan con la intención de destacar el punto en que se encuentra una epidemia en relación con ese continuo. Para los fines del presente informe, una epidemia incipiente se define como aquella en que la prevalencia de infección por el VIH es menor de 5% en las poblaciones de alto riesgo. Una epidemia concentrada se define por una prevalencia de infección por el VIH de más de 5% en las poblaciones de alto riesgo, pero con menos de 5% en la población en general, y una epidemia generalizada se define por una prevalencia de infección por el VIH de 5% o más en la población en general<sup>a</sup>.

a. Hay diferentes convenciones para establecer el límite de la prevalencia del VIH para definir estas etapas. Para una epidemia generalizada, en el informe del Banco Mundial (2000a) se empleó un umbral de 7% en la población en general; en el otro extremo, el ONUSIDA ha empleado una tasa de sólo 1%. En el presente informe se usa un valor intermedio de 5%, el mismo empleado en el informe del Banco Mundial (1997a) que clasificó a todos los países en desarrollo por “etapa” de la epidemia en 1997 y en 1999, en una edición actualizada.

## Marco analítico y metodología

El desafío de esta evaluación consiste en analizar la diferencia que ha representado la asistencia prestada por el Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en los países en relación con lo que hubiera sucedido sin esa asistencia (caso hipotético). El marco conceptual de la evaluación consiste en documentar la cadena de resultados que vinculan la asistencia del Banco (insumos) con la acción gubernamental (productos) y con los resultados en materia de comportamiento de las personas y las unidades familiares, además del impacto epidemiológico (Apéndice A). Al evaluarse lo que hubiera sucedido sin la asistencia del Banco en diferentes puntos de esta cadena de resultados —es decir, al documentar las actividades del Banco, el gobierno, los actores internos y otros donantes internacionales, y establecer un cronograma de eventos—, en la evaluación

se analiza la admisibilidad de la atribución de los productos y resultados a la asistencia del Banco. Una de las características importantes de los países que será útil para entender la pertinencia y eficiencia de la asistencia del Banco es la distribución interna del VIH dentro de los países o la “etapa” de la epidemia (Recuadro 1.2).

Las pruebas para esta evaluación se obtuvieron de documentos de información básica, estudios de casos prácticos de países, evaluaciones de proyectos del DEO y entrevistas detalladas (Recuadro 1.3), además de investigaciones publicadas e inéditas y de literatura sobre evaluación que se cita en las referencias al final del presente informe. También se basan en los resultados obtenidos y las lecciones aprendidas en otras evaluaciones hechas por el DEO, que son pertinentes para la asistencia prestada por el Banco para la lucha contra el VIH/SIDA, en particular las

referentes a los préstamos del Banco a los sectores de salud, población y nutrición (Johnston y Stout, 1999); fondos sociales (Carvalho y otros, 2001); organizaciones no gubernamentales (ONG) en proyectos del Banco Mundial (Gibbs, Fumo y Kuby, 1999); desarrollo comunitario (DEO, 2005a), y fortalecimiento de la capacidad en África (DEO, 2005b).

En el capítulo siguiente se examina la evolución de la asistencia del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA en relación con sus objetivos de política inferi-

dos y los acontecimientos internacionales. En el Capítulo 3 se evalúa la eficacia en términos de desarrollo y las lecciones aprendidas de la “primera generación” de proyectos concluidos de lucha contra el VIH/SIDA. En el Capítulo 4 se examinan los supuestos y el diseño del MAP en África en función de esos resultados. En el Capítulo 5 se ofrecen conclusiones y se señala la pertinencia variable de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA a la luz del notable aumento de los recursos internacionales. En el capítulo final se presentan recomendaciones.

### Recuadro 1.3: Elementos constitutivos de la evaluación

- Cronograma de la asistencia del Banco Mundial y los acontecimientos internacionales sobre el VIH/SIDA (Apéndice B).
- Un inventario de la cartera de préstamos del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en los sectores de salud, nutrición y población; educación; transporte, y protección social (Apéndice C).
- Examen de los documentos de evaluación, supervisión y finalización de proyectos; estrategias de asistencia a los países; documentos sobre la estrategia de reducción de la pobreza (Apéndice D), y documentos de la estrategia regional para la lucha contra el VIH/SIDA.
- Un inventario de los estudios analíticos sobre el VIH/SIDA patrocinados por el Banco (Apéndice E) y encuestas hechas al personal de desarrollo humano del Banco y a los participantes en la conferencia sobre el SIDA celebrada en Nairobi en 2003 sobre el alcance, la calidad y la utilidad de los estudios analíticos del Banco (Apéndice F).
- Evaluaciones detalladas (informes de evaluación de los proyectos del DEO) de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA concluidos en Brasil, Camboya, Chad, India, Kenya, Uganda y Zimbabwe.
- Estudios de casos prácticos hechos sobre el terreno para evaluar la totalidad de la asistencia crediticia y no crediticia prestada por el Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA en Brasil, Etiopía, Indonesia y Rusia (Apéndice G).
- Un examen de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA en 26 países que reciben asistencia del Banco Mundial (Mullen, 2003a, b), y análisis de la relación estadística entre el gasto estatal en la lucha contra el VIH/SIDA y la sensibilización con respecto al SIDA en la India (Subramanian, 2003).
- Cuestionarios autoadministrados llenados por los jefes actuales y anteriores de los equipos de los proyectos del Banco Mundial sobre el diseño y la ejecución de 24 proyectos del MAP en África realizados en los países por lo menos por un año, a agosto de 2004 (Apéndice H).
- Entrevistas con los jefes de equipos de los proyectos de 19 proyectos del MAP en África (Apéndice I) y con los directores encargados de países en 26 de los 28 proyectos a nivel de los países de dicho programa aprobados al 30 de junio de 2004 (Apéndice J).



## **Capítulo 2: Puntos esenciales de la evaluación**

- Cuando apareció el SIDA, el Banco apenas había comenzado a otorgar préstamos para proyectos de salud.
- El Banco trabajó junto con la OMS, realizó análisis económicos y financió programas nacionales cada vez que surgió interés en el ámbito local o hubo iniciativa de su personal en cada región.
- No pudo llevarse a cabo una acción más amplia debido a la falta de interés de los prestatarios y a la preocupación interna del Banco por la reforma del sector de la salud.
- Desde 1998, el Banco ha contribuido a ampliar la demanda de préstamos mediante promoción y un proceso acelerado de aprobación.
- Las calificaciones de los resultados asignadas por el DEO a los proyectos de lucha contra el SIDA son tan favorables como las de otros proyectos de salud, y superiores al promedio de las asignadas al desarrollo institucional.





# Evolución de la respuesta del Banco Mundial a la epidemia de VIH/SIDA

Hacia fines de junio de 2004, el Banco había comprometido cerca de US\$2.500 millones en 106 proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA o en proyectos para los sectores de salud, educación, transporte o protección social con componentes de lucha contra el SIDA de más de US\$1 millón (Gráfico 2.1)<sup>1</sup>. En ese mismo período, el Banco financió o gestionó la terminación de por lo menos 230 estudios analíticos sobre el VIH/SIDA, que incluyeron actividades de investigación y estudios operativos, económicos y sectoriales (Gráfico 2.2)<sup>2</sup>.

## Las dos fases de la respuesta del Banco Mundial

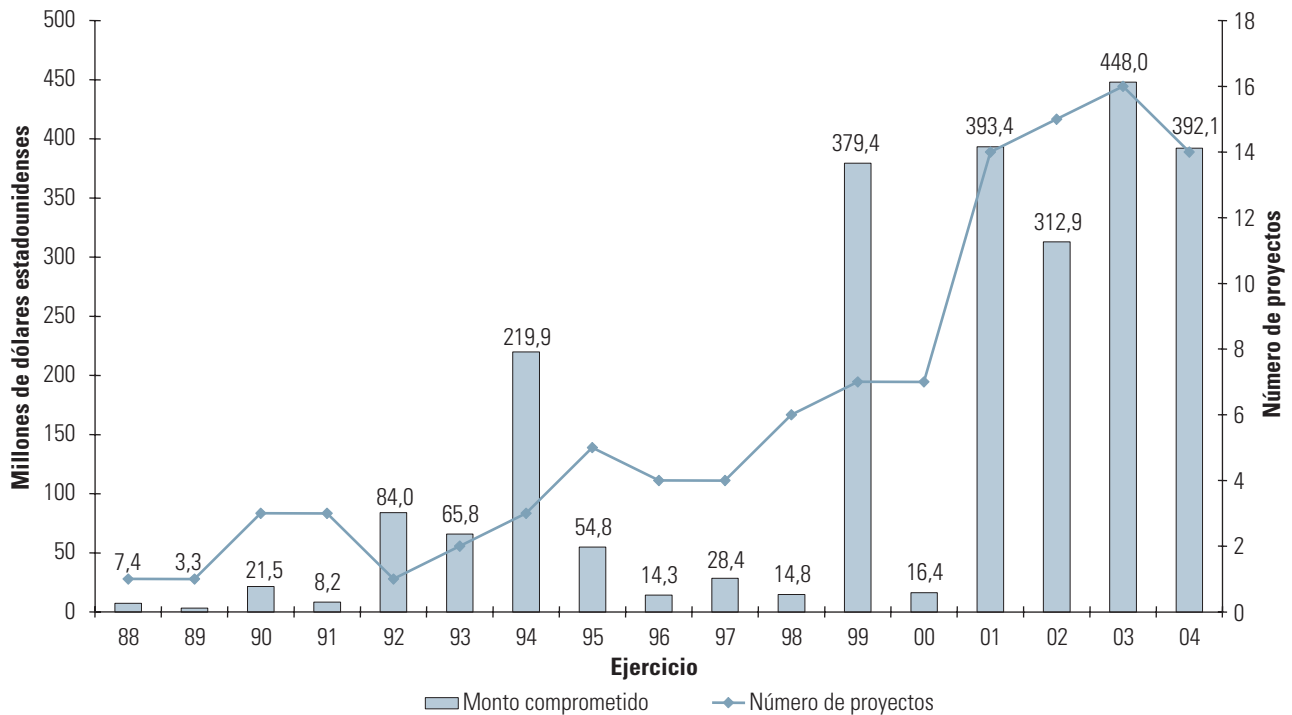
La evolución estratégica y asistencial del Banco Mundial puede dividirse en dos fases de acuerdo con las estrategias utilizadas, el tamaño y el contenido de la cartera de préstamos destinados a la lucha contra el VIH/SIDA, sus asociados internacionales, y el grado de compromiso institucional. Estas fases se analizarán a continuación, de acuerdo con los cronogramas de los préstamos del Banco Mundial destinados a la lucha contra el VIH/SIDA, sus estrategias, estudios analíticos, la respuesta institucional (véanse los Apéndices B-1 y B-2) y las entrevistas efectuadas para esta evaluación.

Para analizar la respuesta del Banco es fundamental tener en cuenta, ante todo, que la infección por el VIH/SIDA era una enfermedad completamente nueva y que se sabía muy poco al respecto. Los dos últimos decenios pueden resumirse en la historia de un largo proceso de aprendizaje de las características del VIH, sus modos de transmisión y su tratamiento. Por ejemplo, incluso después de haberse determinado cuáles eran las principales formas de transmisión, no se conocía por completo la facilidad (o

dificultad) con la que el VIH se propagaba por vía sexual ni tampoco su período de incubación<sup>3</sup>. Algunas investigaciones llevaron a sacar conclusiones al parecer contradictorias en materia de política<sup>4</sup>. Las decisiones programáticas, particularmente en los países en desarrollo, a menudo se basaron en la intuición, una noción de “práctica óptima” o la eficacia hipotética, sin contar con la suficiente información sobre el verdadero grado de propagación de la infección ni los patrones de comportamiento de riesgo. En ocasiones, esto llevó a sostener opiniones divergentes acerca de la forma de encarar la epidemia. Está en marcha el proceso de aprendizaje sobre esta enfermedad, tanto en lo referente a los aspectos científicos como a su repercusión. El Apéndice B-3 proporciona un cronograma de algunos acontecimientos decisivos a escala internacional, información sobre algunos descubrimientos científicos recientes, recomendaciones en materia de política y la propagación del VIH/SIDA desde que se notificaron los primeros casos en 1981.

Un segundo factor que enmarca la respuesta del Banco es que el VIH/SIDA era —y es todavía— un tema

Gráfico 2.1: Nuevos compromisos y proyectos de lucha contra el SIDA, por ejercicio de aprobación



Fuente: Apéndice C.1.

Nota: Los proyectos de lucha contra el SIDA se definen como aquellos proyectos y componentes de lucha contra el SIDA de más de US\$1 millón, incluidos proyectos llevados a cabo en las áreas de salud, educación y protección social. El monto total del compromiso se atribuye al año de aprobación.

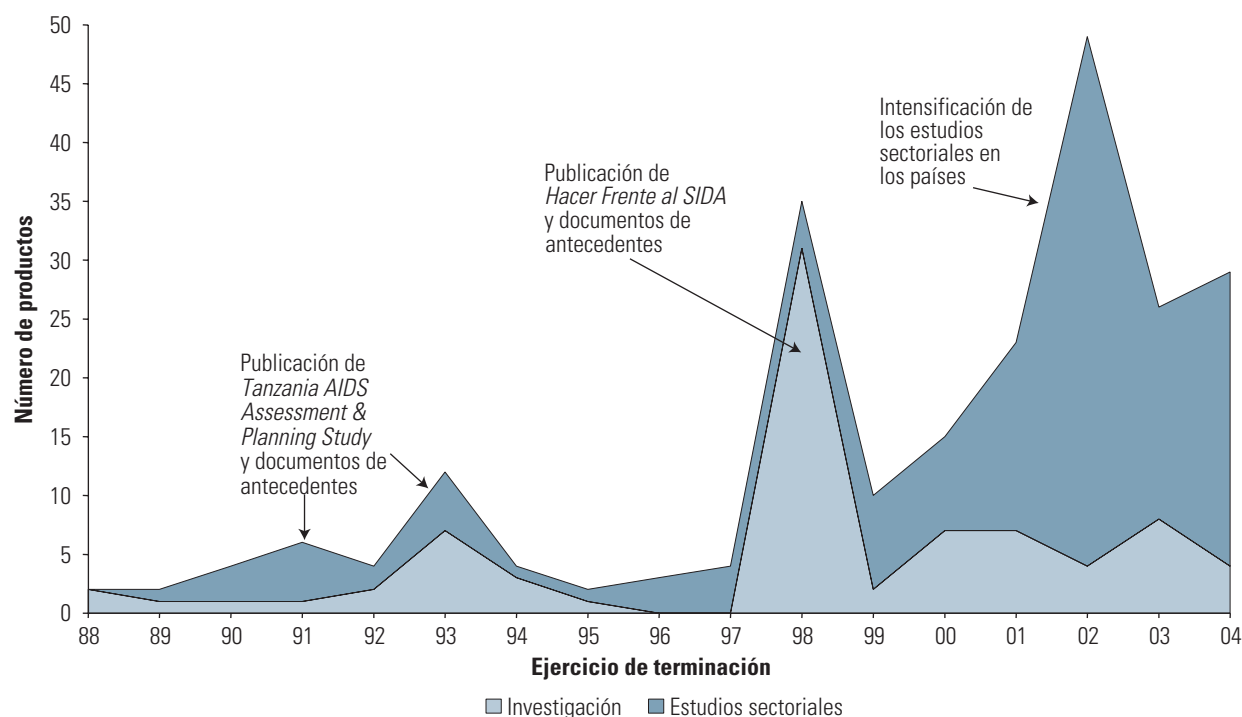
de discusión sumamente delicado, y las personas infectadas a menudo quedan estigmatizadas. Esto se debe a que la transmisión ocurre por vía sexual e inyección de drogas, y a que casi siempre es mortal. La negación categórica del problema en casi todos los países se ha visto fomentada por la falta de información acerca de la prevalencia del VIH y los patrones de comportamiento de riesgo, y la atmósfera general de incertidumbre con respecto a la epidemia.

### De 1986 a 1997: La tensión entre el SIDA y otras prioridades sanitarias

La respuesta inicial del Banco fue su estrecha colaboración con el nuevo Programa Mundial sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (PMS/OMS). Los primeros casos de SIDA se notificaron en los Estados Unidos en 1981. Durante varios años a partir de entonces, los investigadores de la comunidad internacional se esforzaron por descubrir la causa y las formas de transmisión<sup>5</sup>. Hasta 1985, cuando resultó indudable que había comenzado una grave epidemia de infección por el

VIH/SIDA de proporciones desconocidas en algunos lugares de África al sur del Sahara, el Banco hacía sólo cinco años que otorgaba créditos para programas sanitarios destinados fundamentalmente a ampliar la infraestructura de la atención primaria de salud en las zonas rurales<sup>6</sup>. Su experiencia práctica en atención de salud o del SIDA era mínima y seguía las directrices de la OMS. En 1986, la administración del Banco decidió financiar la prevención y el control del SIDA mediante el programa de préstamos<sup>7</sup> y proporcionar ayuda técnica al PMS, creado en 1987<sup>8</sup>, para realizar análisis económicos. El Banco nombró a un economista de su plantel para trabajar con el PMS en la documentación del impacto económico de la epidemia. A partir de esta cooperación surgió el primer estudio analítico del Banco sobre los costos directos e indirectos del VIH/SIDA en África (Over y otros, 1988, 1989) y el *Tanzania AIDS Assessment & Planning Study* (1992). Este estudio, patrocinado en forma conjunta, evaluaba el impacto demográfico del SIDA, la eficacia de las intervenciones en función de los costos (información, tratamiento de las enfermedades de

Gráfico 2.2: Tendencias de los estudios analíticos, por ejercicio de terminación



transmisión sexual (ETS), detección mediante análisis de sangre, preservativos), las opciones de tratamiento y atención, y la necesidad de brindar asistencia a los sobrevivientes, destinada a los huérfanos y a las familias en general. El Programa Mundial sobre el SIDA desempeñó también una función técnica decisiva en el desarrollo de los primeros proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA financiados por el Banco en Zaire (1988), India (1992) y Brasil (1993).

**La iniciativa de las estrategias y los préstamos para la lucha contra el SIDA provino básicamente del personal a cargo de proyectos de salud de las agrupaciones operativas en las distintas regiones del Banco.** La región de África elaboró cuatro estrategias de lucha contra el SIDA (Recuadro 2.1)<sup>9</sup>. En 1991 se incorporó una especialista en VIH/SIDA para trabajar en el Departamento Técnico de África, con el fin de prestar apoyo a las operaciones de crédito para la lucha contra el VIH/SIDA y coordinar un equipo de trabajo informal conformado por miembros del personal que se ocupan del SIDA<sup>10</sup>. Aunque otras regiones no contaban aún con estrategias oficiales, en 1993 se estableció una unidad de apoyo técnico (“SIDA en Asia”) en la región de Asia oriental y el Pacífico. En

1995, la región de América Latina y el Caribe patrocinó apoyo técnico y analítico por un lapso de varios años mediante la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), con sede en la Fundación Mexicana para la Salud en la Ciudad de México. En numerosas oportunidades, el Vicepresidente Regional para África planteó la problemática del SIDA a los jefes de Estado y los ministros de Salud y de Hacienda de África a partir de mediados de los años ochenta, y en 1993 presidió un simposio acerca del impacto del SIDA sobre el desarrollo, durante la reunión anual del Banco Africano de Desarrollo. Pese a esto, muy pocas veces se planteó la cuestión del SIDA como un problema en las estrategias de asistencia a los países (CAS)<sup>11</sup>: en el ejercicio de 1994-95, sólo 28% de las 96 CAS mencionaban el VIH/SIDA, y a menudo con la única finalidad de definir el contexto (Apéndice D). El DEO no pudo hallar ningún indicio de que otras dependencias de la administración superior del Banco plantearan el problema a los prestatarios o presentaran este asunto a un nivel superior internamente durante esta primera fase.

**Los préstamos del Banco destinados a combatir el VIH/SIDA apoyaron programas nacionales en países de**

### Recuadro 2.1: Estrategias del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en África durante el primer decenio de su respuesta a la epidemia

*Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): plan de acción del Banco en África (1988).* El plan hace un llamamiento a brindar asistencia a los países que consiste en un diálogo sobre políticas para la prevención y el control del SIDA; análisis de la propagación actual y potencial del SIDA y otras ETS; financiamiento de actividades prioritarias mediante proyectos enfocados exclusivamente en el SIDA y otros componentes de lucha contra el SIDA, o reestructuración de los proyectos activos de atención de la salud y los préstamos para fines de ajuste estructural; movilización de fondos de donantes; capacitación del personal del Banco; realización de estudios y programas regionales, y asistencia a los gobiernos con el fin de crear centros subregionales para la investigación y capacitación sobre el SIDA.

*Lucha contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en África: examen del plan de acción del Banco Mundial (1992).* Esta estrategia actualiza el plan de acción en los países con el fin de incluir la formulación de políticas multisectoriales para contrarrestar el impacto de la epidemia; la asignación de recursos destinados a la prevención a los grupos con baja prevalencia de infección por el VIH, pero alta prevalencia de ETS, y a los grupos de "portadores principales", como los trabajadores del sexo y los camioneros, que no solamente son los más expuestos a la infección, sino que además transmiten el VIH a sus parejas sexuales de la población general; el establecimiento de prioridades en la prevención; la integración de la respuesta a las infecciones por el VIH y las ETS, y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria. Además se hace un llamamiento a reforzar y ampliar el plan de estudios analíticos y operativos del Banco mediante la evaluación de las repercusiones del SIDA sobre el desarrollo en los países más expuestos a la propagación del VIH y los sectores distintos del de la salud; la inclusión de las exposiciones generales sobre las ETS y el VIH en los estudios de los sectores distintos del de la salud; la realización de estudios analíticos sobre la eficacia de las intervenciones contra las ETS y el VIH; la asignación de mayor prioridad a los préstamos para aquellas partes del sistema de salud esenciales para la prevención y el control de las ETS y el VIH; el fomento de la participación de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y de base comunitaria (OBC); la mejora de la información del personal del Banco dentro y fuera del sector de salud, y la continua colaboración con el PMS/OMS. Sin embargo, el SIDA no debería dominar el plan de acción en salud que el Banco tiene en África.

*Estrategia regional contra el SIDA en el Sahel (1995).* En la región del Sahel había una baja prevalencia del VIH, lo que fomentó la negación del problema. Los dirigentes se mostraban renuentes a encarar la epidemia en sus comienzos, y se consideró que las donaciones provenientes de otras fuentes eran adecuadas para financiar la respuesta inmediata. Los dos pilares de la estrategia fueron: 1) el apoyo prestado a los países mediante préstamos y estudios sectoriales enfocados en las estrategias a mediano y a largo plazos con el fin de diseñar políticas y programas sostenibles, como mejorar las comunicaciones; acelerar los planes de comercialización social de preservativos; ampliar la atención médica de las ETS; incrementar la asistencia a las ONG y las iniciativas del sector privado; realizar análisis de políticas de amplio alcance y coordinación de programas, y 2) el establecimiento de programas regionales de promoción y fortalecimiento de la capacidad, financiados con donaciones de la comunidad donante, con el fin de dar carácter urgente al asunto con movilización de los líderes políticos y de opinión; apoyo a los proyectos piloto; realización de estudios e investigaciones, y suministro de asistencia técnica y capacitación.

*Prevención y mitigación del SIDA en África al sur del Sahara: una estrategia actualizada del Banco Mundial (1996).* En esta estrategia se hace hincapié en la prevención y la mitigación del impacto de la epidemia en las familias y los diferentes sectores de los países y en la lenta elaboración de políticas multisectoriales. Es imprescindible que las intervenciones se dirijan a los grupos expuestos a mayor riesgo desde el comienzo de la epidemia, cuando son más eficaces en función de los costos, y que la atención de los pacientes con SIDA se incorpore en los servicios de atención primaria de salud. Las actividades experimentales y de investigación han logrado cambiar los patrones de comportamiento de riesgo y disminuir las tasas de infección por el VIH, pero deben tener un alcance más amplio y profundo para desacelerar la epidemia. Los cinco campos nuevos de interés actual para el Banco son: generar voluntad política; modificar los patrones de comportamiento de riesgo; movilizar recursos para incrementar la duración y la profundidad de los programas; intensificar el análisis del SIDA y sus efectos, y mejorar el diseño y la puesta en marcha de medidas que mitiguen la epidemia y resulten eficaces en función de los costos.

**cuatro continentes en todas las etapas de la epidemia, pero la falta de interés de los prestatarios limitó la aplicación de medidas más amplias**<sup>12</sup>. Entre 1988 y 1997, el Banco invirtió US\$500,5 millones en créditos y presta-

mos destinados a ocho proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y a 17 componentes de SIDA de más de US\$1 millón cada uno (Recuadro 2.2). La mayoría de los proyectos pertenecían a países que habían

solicitado ayuda (Brasil, India) o cuyos gobiernos habían asumido algunos compromisos en la lucha contra el SIDA (Camboya, Uganda, Zimbabwe). En Burkina Faso, Chad y Kenya<sup>13</sup>, los proyectos de lucha contra el SIDA fueron impulsados al mismo tiempo que los de salud. Dos proyectos lanzados en países donde el compromiso gubernamental era débil —Indonesia y Zaire— terminaron por cancelarse<sup>14</sup>. En los países donde la epidemia era más devastadora —como Haití y el Zaire—, los sistemas de salud no sólo eran insuficientes, sino que había graves disturbios sociales y problemas de gobierno. La disponibilidad de dinero de donaciones proporcionadas por el PMS y otras fuentes para la lucha contra el SIDA podría explicar la poca demanda de ayuda al Banco Mundial, pero también la negación del problema (incluso dentro de los propios Ministerios de Salud) todavía era generalizada y existían numerosas prioridades de financiamiento que competían por recursos, tanto dentro como fuera del sector de la salud, para los cuales había una intensa demanda. Además de los proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y otros componentes, muchos proyectos de salud en curso se “modernizaron” con actividades de lucha contra el SIDA, para acelerar la respuesta<sup>15</sup>.

**Internamente, la dirección del sector de salud dentro del Banco consideraba que la movilización de recursos para combatir una sola enfermedad, así fuera el VIH/SIDA, era una prioridad menos importante que la reforma de los débiles sistemas de salud en los países pobres, lo cual podría llevar a mejorar todos los resultados sanitarios a largo plazo.** Durante el decenio de 1990, la estrategia en el sector de la salud dejó de hacer hincapié en la ampliación de la atención primaria para desviarla hacia la reforma de los sistemas de salud lanzada en 1987 con el documento de política financiera titulado *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (Johnston y Stout, 1999). Se reconoció ampliamente la trascendencia que tenían estas reformas para África al sur del Sahara, pero se expresó cierta inquietud de que la imperiosa necesidad de actuar contra la epidemia del SIDA pudiera de alguna manera competir con este plan, dada la escasa capacidad en este continente. La estrategia contra el SIDA en África de 1992, por ejemplo, advirtió que no debería permitirse que la ampliación de la intervención del Banco contra el SIDA superara el plan de importancia crítica para el fortalecimiento de los sistemas de salud. En el principal documento analítico de la región de África para mejorar los resultados en materia de salud —*Better Health in Africa* (1994)— se reconoció que el SIDA es “la peor de las nuevas amenazas

para África” (página 19) y una de las principales razones de la urgencia de la reforma del sistema de salud. Pero el SIDA se deja de lado casi por completo en el documento, que se enfoca en la tarea de mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud. Este análisis se basa en información sobre la carga de las enfermedades que señala al SIDA en el quinto lugar entre las enfermedades que afectan a las mujeres y en el séptimo lugar entre las que afectan a los hombres<sup>16</sup>; el SIDA no aparece citado entre las principales conclusiones y recomendaciones del informe<sup>17</sup>, y tampoco se cita la infección por el VIH entre los indicadores de salud de los países que figuran en los anexos.

Dentro de esta lista más amplia de prioridades de salud, el SIDA logró ganar algún terreno a comienzos del decenio de 1990.

- El *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: Invertir en salud* impulsó a los gobiernos a proveer un conjunto de servicios básicos de salud que fuera eficaz en función de los costos e incluyera la prevención de la infección por el VIH. El informe justificaba la prevención temprana y eficaz, dado que el VIH se propagaba en forma masiva y rápida; la eficacia en función de los costos de las medidas preventivas es inferior cuando las infecciones se desplazan de los grupos de alto riesgo hacia la población en general; el SIDA tiene consecuencias graves y de costo elevado, y la prevención tiene una carga política. Este informe formuló recomendaciones programáticas específicas<sup>18</sup> y destacó el tema del SIDA como un problema del desarrollo que exigía liderazgo nacional, juntamente con la participación de distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, como las ONG.
- En las *Prioridades para el control de las enfermedades en los países en desarrollo* (1993) se subrayó la necesidad de controlar las enfermedades transmisibles. El capítulo sobre el VIH/SIDA y las ETS brinda un examen pormenorizado de la carga de estas enfermedades, su epidemiología y las pruebas que demuestran la eficacia para el control de la transmisión y la eficacia en función de los costos de las principales intervenciones de prevención y atención sanitaria, particularmente las propuestas que concentran los servicios en las personas con más probabilidad de transmitir la infección por el VIH y otras ETS (Over y Piot, 1993).

**Pero el enfoque en los sistemas de atención de la salud no permitió que se prestara atención especial a**

### Recuadro 2.2: La "primera generación" de proyectos del Banco Mundial de lucha contra el VIH/SIDA

El primer proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA fue el Proyecto Nacional para el Control del SIDA en el Zaire (crédito de US\$8,1 millones, 1988)<sup>a</sup>. Fue el primer proyecto del Banco Mundial destinado a la salud de ese país y podría considerarse el primer proyecto de salud del Banco enfocado en una sola enfermedad<sup>b</sup>. Amplió un estudio sobre el sector de la salud de 1987 y una sólida plataforma de investigación creada por el *Proyecto SIDA*, el primer proyecto internacional de investigación del SIDA en África, con sede en Kinshasa<sup>c</sup>. Los demás programas de lucha contra el SIDA en África siguieron dos modelos: los proyectos de lucha contra el SIDA y las infecciones de transmisión sexual (PITS) en Zimbabwe (1993), Uganda (1994) y Kenya (1995)<sup>d</sup>, países que sufrían epidemias generalizadas, y los proyectos que vinculaban amplias actividades relacionadas con el VIH/SIDA con las actividades de población o de salud reproductiva, en Burkina Faso (1994), Chad (1995) y Guinea (1998), países con epidemias muy concentradas<sup>e</sup>.

También se pusieron en marcha proyectos importantes en otras regiones. El proyecto nacional de control del SIDA en la India (crédito de US\$84 millones, 1992) hizo hincapié en la sensibilización, la prevención, la seguridad de la sangre y la preparación de las instituciones para poder dirigir la respuesta nacional contra el SIDA. En ese momento, la propagación del VIH había aumentado considerablemente en varios estados de la India, pero no en otros, y como había menos de 100 casos de SIDA notificados, la epidemia era en gran medida invisible para las au-

toridades normativas. El proyecto brasileño para el control del SIDA y las ETS (préstamo de US\$160 millones, 1993) financió la prevención tanto en la población general como en los grupos de alto riesgo; la mejor atención de los pacientes con infecciones por el VIH y ETS; el desarrollo institucional, que incluyó la capacitación de los proveedores de servicios y la modernización de los laboratorios, y la vigilancia, la investigación y la evaluación de las infecciones. En 1997 se aprobó un proyecto para el control del SIDA y las ETS en Argentina (préstamo de US\$30 millones). Tanto Brasil como Argentina presentaban epidemias concentradas. El proyecto de tratamiento del VIH/SIDA y las ETS en Indonesia (préstamo de US\$24 millones) se aprobó en 1996, en previsión de que Indonesia, con una epidemia incipiente, pudiera seguir el mismo camino de Tailandia, que fue azotada por una fulminante epidemia de SIDA. Otro proyecto importante para Asia oriental fue el Proyecto de control de las enfermedades y fomento de la salud en Camboya (DCHDP, crédito de US\$30,4 millones, 1996), el primer proyecto de salud para este país de ingreso bajo y asolado por la guerra. Además de ocuparse de la infraestructura fundamental para la atención médica, el proyecto incluía componentes importantes sobre el SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Los componentes oficiales del proyecto o las actividades relacionadas con el SIDA se financiaron como parte de los nuevos proyectos de salud en otras seis naciones<sup>f</sup> y dentro de un proyecto de protección social en Uganda<sup>g</sup>.

a. El costo total del proyecto, de US\$21,9 millones incluyó un crédito de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) y el financiamiento paralelo proporcionado por otros donantes internacionales. Zaire es la actual República Democrática del Congo.

b. El DEO no halló en la cartera del Banco, con fecha anterior a 1988, ningún proyecto destinado exclusivamente a una enfermedad en particular.

c. El *Proyecto SIDA* fue financiado inicialmente por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en colaboración con los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto de Medicina Tropical (Amberes) y el Ministerio de Salud del Zaire.

d. En el período de 1993-95 se preparó y evaluó un proyecto de prevención de enfermedades de transmisión sexual en Nigeria por un monto de US\$19,2 millones, de los cuales US\$13,7 millones provendrían de un crédito, que contó con sólido respaldo del Ministerio de Salud. Sin embargo, las negociaciones no progresaron por razones ajenas al proyecto, como consecuencia de las relaciones generales entre el Banco y el Gobierno de Nigeria.

e. La integración del VIH/SIDA, las ETS y los servicios de salud reproductiva fue un tema promovido por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994.

f. Brasil (1988), Haití (1990), Madagascar (1991), Malí (1991), Marruecos (1990) y Rwanda (1991).

g. Programa de alivio de la pobreza y reducción de los costos sociales del ajuste (PAPSCA, 1990).

**enfermedades particulares y, al finalizar el período, el SIDA era aún menos importante dentro de la estrategia del Banco para el sector de la salud.** La *Estrategia para el sector de salud, nutrición y población* (SNP) correspondiente al año 1997 fue el primer producto importante del grupo SNP que acababa de constituirse en el Banco. Definió como objetivos del sector los de mejorar los resultados entre los pobres, mejorar el desempeño de los

sistemas de atención de la salud y asegurar su financiamiento sostenible. Los cuadros del anexo de la Estrategia indican que en 1994 el 2% o más de los adultos en 30 países africanos y más de 5% en 15 países estaban infectados por el VIH/SIDA. Con todo, en ninguna parte del cuerpo principal del informe se discute el VIH/SIDA, el impacto de la epidemia en los sistemas de salud, ni las prioridades<sup>19</sup>.

**Sin embargo, en 1996 y 1997 hubo otras presiones provenientes de dentro y fuera del Banco, que señalaron la naturaleza excepcional del VIH/SIDA como problema de salud y desarrollo para la administración del mismo.** En 1996, el Banco se convirtió en uno de los seis copatrocinadores del recién creado Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), que tenía como cometido “liderar, fortalecer y apoyar una respuesta más amplia” a la epidemia mundial del SIDA y mejorar la coordinación de las actividades de los organismos de las Naciones Unidas para combatir el VIH/SIDA<sup>20</sup>. Esta asociación hizo necesario un diálogo institucional con los copatrocinadores. El ONUSIDA se convirtió en una fuerza de promoción a escala mundial, capaz de captar la atención de la administración superior del Banco a través de los medios de comunicación y otros canales (Poate y otros, 2002). El año 1996 también marcó la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que disminuyó en forma asombrosa la mortalidad por el SIDA en países de ingreso alto y en Brasil, pero que en ese momento era imposible de costear (más de US\$10.000 anuales por paciente) y difícil de administrar en los países de ingreso más bajo que eran los más gravemente afectados.

La presión también se hizo sentir desde el departamento de investigaciones del Banco, que en noviembre de 1997 publicó el informe titulado *Hacer frente al SIDA: Prioridades de la acción pública ante una epidemia*

*mundial*<sup>21</sup>. El informe sobre investigaciones relativas a las políticas de desarrollo reunió pruebas sobre el impacto económico de la epidemia del SIDA, sus factores económicos y sociales determinantes, y la eficacia de las intervenciones contra el SIDA en los países en desarrollo. Expuso los argumentos económicos para lograr el compromiso de los gobiernos en la lucha contra el SIDA y propuso los principios para establecer las prioridades de gobierno en ámbitos de recursos limitados. Dos de las prioridades fundamentales para los países, en todas las etapas de la epidemia, basadas en principios epidemiológicos y económicos, fueron proveer bienes públicos y verificar que las personas con más probabilidad de contraer la infección por el VIH y de transmitirla a los demás se comprometieran a tener un comportamiento más seguro. El informe también defendía la mejora del acceso de los pacientes con SIDA a una atención médica eficaz en función de los costos, y la incorporación de programas y políticas de mitigación de los efectos del SIDA en los programas de reducción de la pobreza. Hizo un llamamiento a la acción inmediata para prevenir la infección por el VIH en los países donde la epidemia no se había propagado aún<sup>22</sup>.

### **De 1998 al presente: Movilización institucional y promoción**

**El invierno de 1997 y la primavera de 1998 fueron momentos decisivos con respecto al compromiso de la**

#### **Recuadro 2.3: Intensificación de la acción contra el VIH/SIDA en África**

En 1999, la Oficina Regional de África del Banco dio a conocer una nueva estrategia contra el SIDA. Reconoce que la epidemia del VIH/SIDA es una grave amenaza para el desarrollo en África al sur del Sahara y señala los principales obstáculos para actuar: la falta de voluntad política, prioridades contrapuestas, falta de recursos, capacidad poco adecuada y normas culturales. Al comprobar que muchas intervenciones han demostrado ser eficaces en función de los costos para modificar el comportamiento y disminuir la transmisión del VIH, la estrategia se enfoca en la promoción y la movilización de fondos para ampliar la cobertura de los programas nacionales. Sus cuatro “pilares” son: fomentar la voluntad política; movilizar recursos adicionales; apoyar la prevención de la infección por el VIH/SIDA, la atención sanitaria y el tratamiento, y ampliar la base de conocimientos. Esta estrategia defiende el “enfoque participativo descentralizado”. También propone un orden de prioridades

a. Banco Mundial 2000a, página 19.

programáticas en relación con la etapa de la epidemia<sup>a</sup>:

- Los países con una prevalencia relativamente baja de infección por el VIH deben otorgar “prioridad a la modificación del comportamiento de las personas expuestas al mayor riesgo de contraer y propagar la infección por el VIH” y dicha prioridad debe ir “seguida rápidamente de métodos más amplios para llegar hasta otros grupos vulnerables, como las mujeres y los jóvenes”.
- En países con una alta prevalencia de infección por el VIH deberán adoptarse estrategias que permitan “fortalecer las intervenciones dirigidas a los grupos expuestos al más alto riesgo” y extender rápidamente la cobertura que ofrecen los programas “a todos los grupos vulnerables en cada zona urbana y distrito rural. Estos países también deben movilizar con rapidez para proporcionar atención y mitigar la repercusión de la epidemia”.

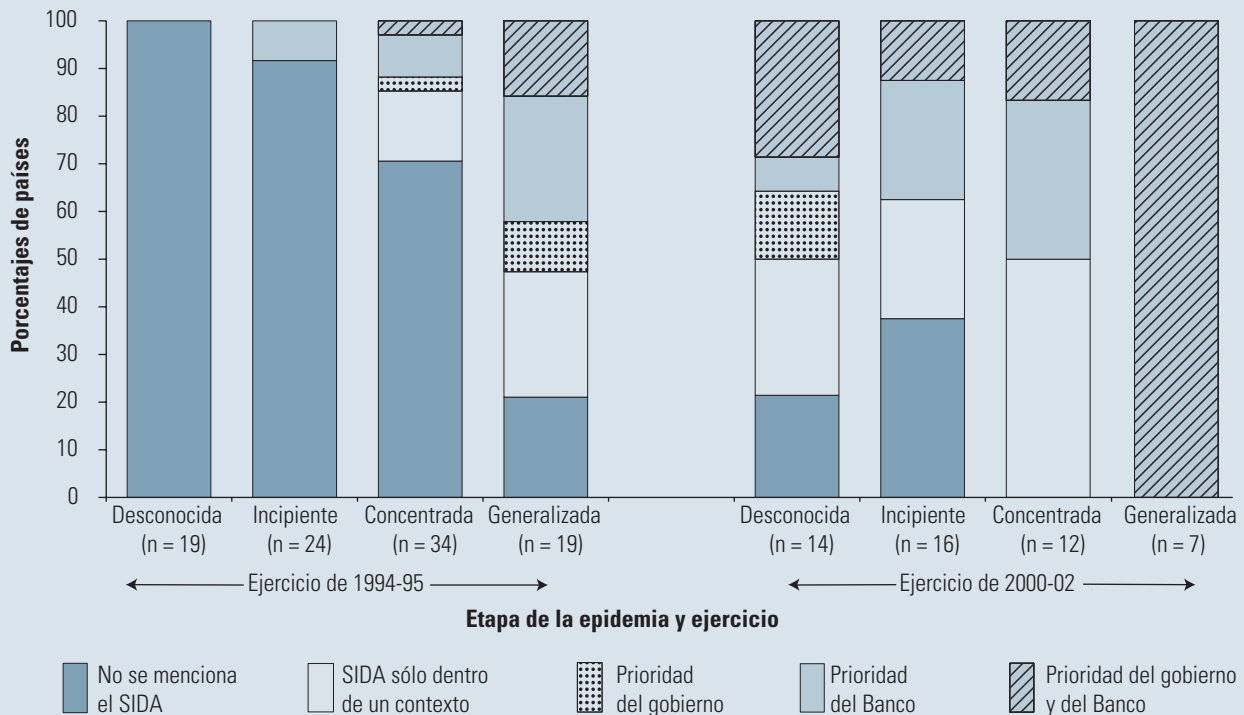
**administración superior del Banco y la promoción para incrementar la solicitud de préstamos.** Este nuevo clima se distinguió por los discursos de los miembros de la administración superior del Banco, dirigidos a las autoridades normativas: el presidente Wolfensohn hizo hincapié en el SIDA en el discurso pronunciado en febrero de 1998 ante la Comisión Económica para África<sup>23</sup>, y el Vicepresidente Regional para África habló en la 12ª Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Ginebra en junio de ese año<sup>24</sup>. En 1999, los Vicepresidentes de las Regiones de África y Asia meridional se dirigie-

ron a las conferencias regionales sobre el SIDA. Una vez terminada la conferencia sobre el SIDA en Asia en diciembre de 1999, el presidente Wolfensohn escribió a los Jefes de Estado de Asia oriental y meridional, destacando el impacto económico provocado por la epidemia y la necesidad de actuar cuanto antes. En enero de 2000 hizo un llamamiento a declarar “la guerra al SIDA” en un mensaje al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, y el SIDA fue el primer tema tratado ante el Comité para el Desarrollo en las Reuniones de Primavera del Banco Mundial con el FMI.

**Recuadro 2.4: Promoción del SIDA como prioridad en las estrategias de asistencia a los países**

Aunque el reconocimiento del SIDA como prioridad aumentó rápidamente entre el personal de las oficinas regionales, particularmente la de África, su evolución como prioridad fue mucho más lenta dentro del programa general de desarrollo del Banco, representado por las estrategias de asistencia a los países (CAS). En los ejercicios de 1994 a 1995, el Banco solo o junto con el gobierno mencionó el SIDA como prioridad en menos de la mitad de las CAS a los países con epidemias generalizadas de SIDA, y excepcionalmente en las de países con epidemia concentrada o incipiente (véase el gráfico en el panel de la izquierda). En las

estrategias de asistencia a Côte d'Ivoire, Etiopía, Mozambique, la República del Congo, Uganda y Zimbabwe —todos ellos con epidemia generalizada—, el SIDA no se menciona o se cita sólo para establecer el contexto. Este panorama había tenido un cambio radical durante los ejercicios de 2000-02 (véase el gráfico en el panel de la derecha). En ambos períodos, era más probable que el Banco, en lugar del gobierno, planteara el SIDA como problema fundamental. No obstante, con el transcurso del tiempo, la prioridad del SIDA creció en igual medida para el Banco y para el gobierno, tanto más cuanto peor era la epidemia.



Fuente: Apéndice D.



**En el último tiempo se han llevado a término las estrategias del Banco de lucha contra el VIH/SIDA en casi todas las regiones y en numerosos sectores.** En 1999, la Oficina Regional de África lanzó una nueva estrategia para impulsar la acción (Recuadro 2.3) y creó una unidad del Equipo para la campaña contra el SIDA en África (*ATCáfrica*) para proporcionar fondos y apoyo técnico a los equipos de los países a fin de incorporar las actividades de lucha contra el VIH/SIDA en todos los sectores. Se elaboraron estrategias o planes de actividades contra el SIDA para América Central (2003), Europa oriental y Asia central (2003), Asia meridional (2004), y Asia oriental y el Pacífico (2004). La Oficina Regional de Oriente Medio y Norte de África encomendó un estudio analítico que demostró las consecuencias de la falta de acción (Robalino y otros, 2003) y publicará una estrategia oficial en 2005. Las actividades del Banco en América Latina (2003) y el Caribe (2000) han tenido como fuente de información importantes trabajos sobre estrategias y estudios analíticos. Los sectores de educación y transporte del Banco han elaborado estrategias contra el SIDA e impulsado otros componentes y actividades del programa de lucha en proyectos sectoriales. Los estudios económicos y sectoriales de los países y regiones, que incluyen conjuntos de instrumentos, han superado a las investigaciones dentro de la cartera del Banco destinada a estudios analíticos (Gráfico 2.2). La prioridad otorgada al SIDA en las CAS entre los ejercicios de 1994-95 y de 2000-02 se incrementó notablemente (Recuadro 2.4).

**Dos nuevos instrumentos han ayudado a acelerar la aprobación de proyectos de lucha contra el SIDA y a incrementar la demanda de ayuda.** El Programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA (MAP) en África se organiza de acuerdo con criterios de admisibilidad del país, un modelo del proyecto, un presupuesto suficiente para cubrir diferentes proyectos, y documentos de evaluación *ex ante* anexos para los primeros proyectos de la serie. Una vez que este conjunto de documentos haya sido aprobado por el Directorio del Banco, los de evaluación *ex ante* correspondientes a cada uno de los proyectos sucesivos se harán circular entre los Directores Ejecutivos a título informativo. Se podrá acordar una fecha para someter a consideración del Directorio cualquier operación a pedido de un mínimo de tres Directores Ejecutivos, en los 10 días siguientes a la fecha en que comiencen a circular los documentos, al término de los cuales se hará efectiva la aprobación por el Vicepresidente de la región<sup>25</sup>. Esto se hace así con el fin de que los criterios de admisibilidad y el modelo del diseño del proyecto puedan adaptarse rápida-

mente a cada país en particular, con lo cual se abreviará considerablemente el tiempo de preparación y se acelerará su puesta en marcha. El MAP en África también permite el financiamiento de proyectos regionales (no de países particulares). La segunda innovación fue la aprobación de las donaciones efectuadas por la Asociación Internacional de Fomento (AIF) para los proyectos de lucha contra el SIDA en septiembre de 2002. Todos los proyectos o componentes de lucha contra el SIDA aprobados en países de ingreso bajo desde entonces han reunido los requisitos para recibir las donaciones provenientes de la AIF, al igual que 25% de los proyectos o componentes de lucha contra el SIDA en los países que pueden recibir financiamiento combinado (créditos de la AIF y del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF))<sup>26</sup>.

**La aprobación de los proyectos se ha acelerado desde 1998, particularmente en los países africanos de ingreso bajo.** Hasta la fecha, el Directorio del Banco ha aprobado presupuestos de US\$500 millones cada uno para dos programas MAP en África, en los años 2000 y 2001. Hacia fines de junio de 2004, se habían aprobado 29 proyectos destinados a los países y dos proyectos regionales en el contexto de los MAP en África, primero y segundo. En 2001 se aprobó un MAP en el Caribe por valor de US\$155 millones, y hasta fines de junio de 2004 se habían aprobado ocho proyectos a nivel de país enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y un proyecto regional. Se han lanzado proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA en la mayoría de los países del resto de Asia meridional —Bangladesh, Bhután, India (un segundo proyecto), Pakistán y Sri Lanka—, y proyectos importantes que vinculan el control de la infección por el VIH/SIDA con la tuberculosis en Moldova, Rusia y Ucrania. En Brasil se aprobó un tercer proyecto de lucha contra el SIDA. Desde 1998 se aprobaron compromisos por un monto total de US\$2.000 millones, que abarcaron 45 proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y 32 proyectos con importantes componentes de lucha contra el SIDA —una proporción aproximadamente cuatro veces superior a los compromisos del decenio anterior—, y algo más de la mitad del total de esta suma se destinó a África al sur del Sahara. La gran mayoría de estos proyectos está en marcha (Cuadro 2.1). La parte de los proyectos de lucha contra el SIDA correspondiente a África al sur del Sahara se ha incrementado levemente en comparación con la cartera de proyectos concluidos, pero la proporción de compromisos en África se ha duplicado. El porcentaje de compromisos en América Latina y el Caribe se ha reducido a la

**Cuadro 2.1: Distribución de los proyectos y los compromisos de lucha contra el SIDA<sup>a</sup>, por regiones, al 30 de junio de 2004 (millones de US\$)**

Región	Proyectos concluidos		Proyectos activos		Total de compromisos	
	Número (%)	Monto comprometido <sup>b</sup> (%)	Número (%)	Monto comprometido (%)	Número de proyectos (%)	Monto comprometido (%)
África del sur del Sahara	16 (51,6)	199,1 (29,5)	45 (60,0)	1.132,5 (63,3)	61 (57,5)	1.331,6 (54,0)
América Latina y el Caribe	6 (19,4)	356,1 (52,8)	14 (18,7)	239,0 (13,3)	20 (18,9)	595,1 (24,1)
Asia meridional	3 (18,8)	92,3 (13,7)	8 (10,7)	296,5 (16,6)	11 (10,4)	388,8 (15,8)
Asia oriental y el Pacífico	4 (12,9)	15,9 (2,4)	3 (4,0)	25,9 (1,4)	7 (6,6)	41,8 (1,7)
Europa oriental y Asia central	1 (3,2)	2,7 (0,4)	4 (5,3)	87,6 (4,9)	5 (4,7)	90,3 (3,7)
Medio Oriente y Norte de África	1 (3,2)	8 (1,2)	1 (1,3)	9 (0,5)	2 (1,9)	17,0 (0,7)
Total	31 (100)	674,1 (100)	75 (100)	1.790,5 (100)	106 (100)	2.464,6 (100)

a. Incluye las operaciones en los sectores de salud, educación, protección social y transporte, con componentes de lucha contra el SIDA cuyo monto supera US\$1 millón.

b. El monto comprometido para los proyectos concluidos en este cuadro indica el dinero efectivamente desembolsado.

cuarta parte de lo que era en la cartera de proyectos concluidos. Sin embargo, los compromisos de lucha contra el SIDA aumentaron en términos absolutos en todas las regiones.

**Junto con esta evolución interna del Banco, desde el año 2000 ha habido un notable aumento del compromiso internacional para la lucha contra el VIH/SIDA.** En el año 2000 se adoptaron los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), que incluyeron la meta de revertir la propagación del VIH; el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se realizó en el año 2001 y llevó a la constitución del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), y en 2003 se lanzó la iniciativa de “Tres millones para 2005”, destinada a lograr que tres millones de habitantes de los países en desarrollo puedan contar con tratamiento antirretroviral para el año 2005. Los fondos mundiales para combatir el SIDA han aumentado notablemente. A marzo de 2005, el FMSTM había invertido US\$1.600 millones en la lucha contra el SIDA en 128 países. En 2003, el Gobierno de los Estados Unidos anunció el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR), un fondo de US\$15.000

millones para combatir el SIDA en África, el Caribe y Viet Nam durante cinco años.

### La cartera del Banco Mundial destinada a proyectos de asistencia

De los 106 proyectos de lucha contra el SIDA que figuran en el Cuadro 2.2, tanto terminados como activos, 70 realizados en 56 países representan US\$2.360 millones en compromisos para la lucha contra el SIDA, o sea, 96% del total. Estos compromisos incluyen los 50 proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA en los países y los 20 componentes de lucha contra el SIDA que suman al menos 10% de los compromisos contraídos por el Banco Mundial. Han concluido 18 de los 70 proyectos y 52 permanecen activos. Todos los componentes de la lucha contra el SIDA, con excepción de uno, se han incorporado en algún proyecto de salud o de población<sup>27</sup>.

La mitad de estos proyectos se ha realizado en países con epidemias concentradas, pero alrededor de una cuarta parte de ellos ha correspondido a países con epidemias generalizadas y una octava parte, a países con epidemias incipientes o de magnitud desconocida (Cuadro 2.2)<sup>28</sup>. Cerca de la mitad de los proyectos del MAP

**Cuadro 2.2: Distribución de los proyectos concluidos y activos según la etapa de la epidemia (porcentajes)**

Etapa de epidemia	Concluidos	Proyectos activos			Total proyectos activos	Todos los proyectos	
		Fuera del MAP	MAP en África	MAP en el Caribe		Porcentaje	N
Incipiente	16,7	20,0	6,9	—	9,6	11,4	8
Concentrada	44,4	46,7	48,3	62,5	51,9	48,5	34
Generalizada	38,9	13,3	34,5	—	23,1	27,1	19
Desconocida	—	20,0	10,3	37,5	15,4	12,8	9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
N	18	15	29	8	52		70

*Nota:* "N" es el número de proyectos. Los 70 proyectos corresponden a 56 países. Tres de ellos (Brasil, Kenya y Uganda) tuvieron tres proyectos cada uno y otros ocho países (Burkina Faso, Chad, Guinea, Guinea-Bissau, India, la República Democrática del Congo, Rwanda y Sri Lanka) tuvieron dos proyectos cada uno. Véase el Apéndice C.

**Cuadro 2.3: Objetivos declarados de los proyectos del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA (porcentajes)**

Objetivo	Todos los proyectos	Concluidos	Activos
Relacionado con la prevención <sup>a</sup>	93	79	96
Tratamiento y atención <sup>b</sup>	43	28	48
Institucional <sup>c</sup>	37	50	33
Mitigación de impacto	36	22	40
Bienes públicos <sup>d</sup>	16	39	8
Otros <sup>e</sup>	29	22	31
Número de proyectos	70	18	52

*Nota:* Estos objetivos figuran tal como se enunciaron en los documentos de evaluación *ex ante*. Los totales de las columnas exceden del 100% porque la mayoría de los proyectos tenían más de un objetivo. El hecho de que un proyecto no tuviera un objetivo explícito vinculado con la prevención no implica que no se llevaran a cabo intervenciones con fines preventivos.

a. Incluye actividades para prevenir la propagación de la infección por el VIH o disminuir su incidencia; mejorar el acceso a las intervenciones preventivas; modificar el comportamiento; crear más conciencia de la enfermedad; reducir la morbilidad y la mortalidad por una afección prevenible.

b. Incluye actividades para incrementar el acceso a atención médica y apoyo, y fortalecer la capacidad de dispensarlos; reducir la morbilidad y la mortalidad; mejorar la calidad de vida de las personas con SIDA; prolongar la esperanza de vida; ampliar el acceso al tratamiento y fortalecer la capacidad de tratamiento; reducir la incidencia de infecciones oportunistas y tuberculosis y brindar tratamiento específico.

c. Incluye actividades para fortalecer la capacidad de ejecución de proyectos; construir instituciones o fortalecer las existentes, y mejorar las actividades en sectores distintos del de la salud.

d. Los dos tipos de bienes públicos citados fueron la seguridad de la sangre y la investigación, vigilancia y recopilación de datos.

e. Comprende actividades para fomentar la respuesta por parte de las ONG y de la comunidad; promover una respuesta multisectorial; respaldar al programa nacional de lucha contra el SIDA; disminuir el estigma y la discriminación, e intensificar la respuesta.

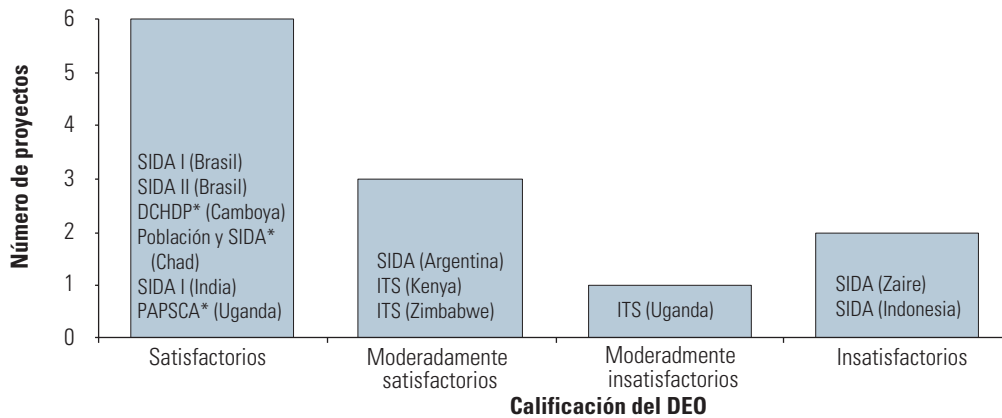
en África se realiza en países con epidemias concentradas y una tercera parte, en países con epidemias generalizadas. Una proporción más elevada de proyectos de la cartera de proyectos concluidos en comparación con la cartera de proyectos activos se destinó a países con epidemias generalizadas.

El objetivo principal de estos proyectos, según se expresa en los documentos de diseño, ha sido prevenir la propagación del VIH (véase el Cuadro 2.3). Es más pro-

bable que los proyectos aprobados recientemente (y que permanecen activos) tengan objetivos explícitos vinculados con el tratamiento y la atención de los pacientes de SIDA y la mitigación del impacto de la infección por el VIH/SIDA, que los proyectos ya concluidos. Existen menos probabilidades de que los proyectos activos enuncien objetivos vinculados con el fortalecimiento institucional y la provisión de bienes públicos. Sin embargo, el Cuadro 2.3 subrepresenta los tipos de actividades apoyadas, por

Gráfico 2.3: Calificación de los proyectos terminados otorgada por el DEO

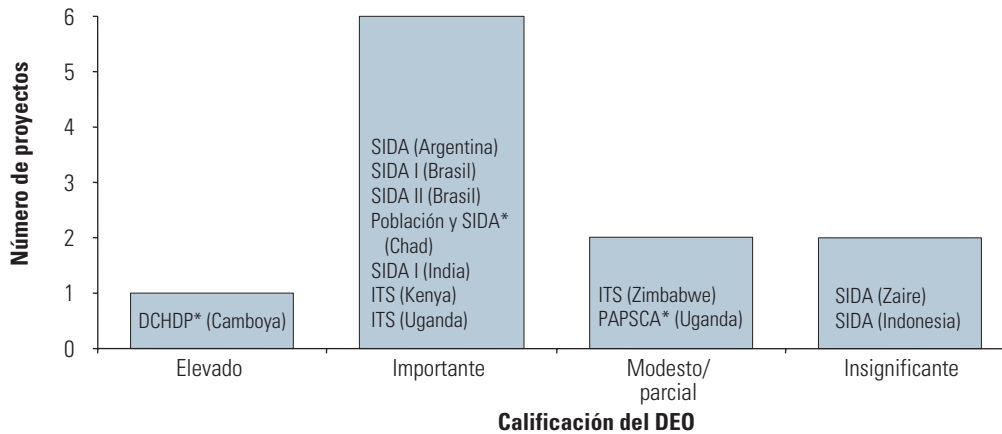
**A. Resultados en relación con los objetivos**



Nota: Ninguno de los proyectos o componentes fue calificado de muy satisfactorio o muy insatisfactorio.

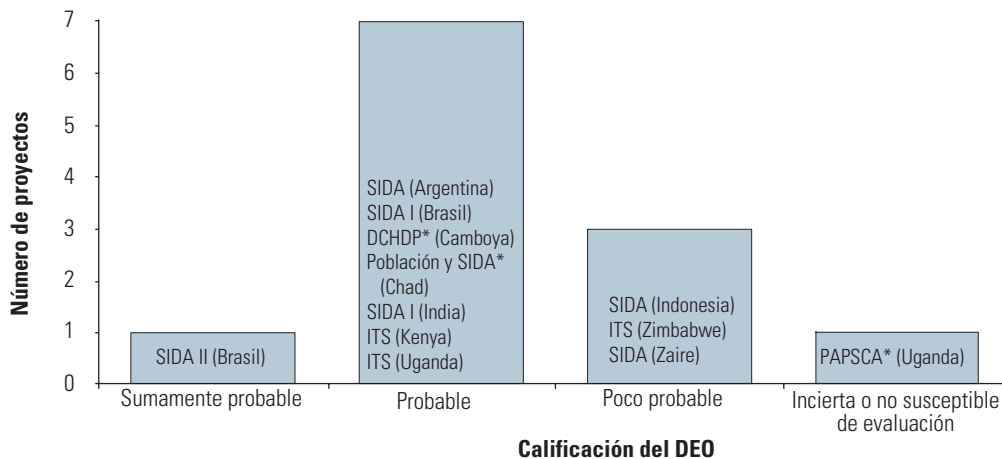
\* Calificación de los componentes de los proyectos de lucha contra el SIDA, basada en el informe de evaluación de resultados de los proyectos (IERP) hecha por el DEO.

**B. Impacto en el desarrollo institucional**



\* Componentes de los proyectos de lucha contra el SIDA.

**C. Sostenibilidad**



\* Componentes de los proyectos de lucha contra el SIDA.

causa del método general que suele emplearse para enunciar los objetivos: por ejemplo, en realidad, en tres cuartas partes de los proyectos se realizaron o planificaron actividades terapéuticas y asistenciales —en 56% de los proyectos concluidos y 83% de los activos— aunque menos de la mitad tenía un objetivo terapéutico y asistencial explícito<sup>29</sup>.

**Los resultados de los proyectos ya concluidos, calificados por el Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) según los objetivos, son similares a los resultados de otros proyectos de atención de salud.** El DEO califica el resultado obtenido por cada proyecto concluido mediante la comparación con los objetivos declarados, en términos de su pertinencia, eficacia y eficiencia<sup>30</sup>. El Gráfico 2.3 presenta las calificaciones otorgadas por el DEO a los resultados de los nueve proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA concluidos y de tres componentes de los proyectos sometidos por el DEO a una evaluación sobre el terreno<sup>31</sup>. La mitad de los proyectos fueron calificados de (absolutamente) satisfactorios, lo cual significa que “alcanzaron —o se espera que alcancen— la mayoría de sus objetivos principales en forma eficiente y con mínimas deficiencias”. Una cuarta parte de los proyectos recibió la calificación de moderadamente satisfactorios, lo cual indica que el proyecto “alcanzó o se espera que alcance sus objetivos principales de forma eficiente, pero con graves deficiencias o con un modesto grado general de pertinencia”. Por último, una cuarta parte de los proyectos fueron calificados de moderadamente insatisfactorios o como insatisfactorios. Se asignó la calificación de insatisfactorio cuando el proyecto “dejó de lograr y no se esperaba que lograra la mayoría de sus objetivos principales, con mínimos beneficios en materia de desarrollo” o, en el caso del proyecto moderadamente insatisfactorio, “cuando solamente logra algunas de sus metas principales pero con eficiencia positiva”. El número de proyectos es pequeño, pero las calificaciones de los resultados de los proyectos de lucha contra el SIDA (75% moderadamente satisfactorios o mejores) son equiparables a las calificaciones obtenidas por los 159 proyectos de salud, nutrición y población concluidos desde el ejercicio de 1994 hasta el de 2003 (67% moderadamente satisfactorios o mejores) (DEO, 2004c, Cuadro A-1 del apéndice).

Los dos proyectos cuyos resultados fueron insatisfactorios se cancelaron luego de su ejecución parcial. El proyecto de lucha contra el SIDA y las ETS en Indonesia constituyó el primer intento del Banco de poner en marcha en forma preventiva una respuesta al SIDA mediante una operación enfocadas exclusivamente en la lucha contra el SIDA en un

país que sufría una epidemia incipiente. En ese momento, Indonesia era un país de ingreso mediano y tenía una experiencia larga y activa, sumamente exitosa, con la asistencia proporcionada por el Banco en los sectores de salud y población. La infección por el VIH era poco frecuente, incluso entre las personas expuestas al mayor riesgo de infección, pero los gobernantes estaban conscientes de la súbita propagación de la epidemia en Tailandia y las proyecciones hacían suponer que podría ocurrir lo mismo en Indonesia. El proyecto se preparó según la modalidad de “emergencia”, en forma de una operación de tres años de duración que fomentaría una respuesta institucional y financiaría a las ONG para que ellas realizaran intervenciones piloto destinadas a los grupos de alto riesgo, antes de reproducirlo en forma amplia en operaciones posteriores. Pero el proyecto se estancó desde el principio, el gobierno no estaba tan dispuesto a conseguir la participación de las ONG ni a trabajar con los grupos de alto riesgo como se pensó que haría durante la preparación del proyecto y la nueva oficina para el SIDA dentro del Ministerio de Salud competía con otras unidades con las que había superposición de responsabilidades. La voluntad política se debilitó al no producirse la explosión prevista de la infección por el VIH. A raíz de la crisis económica de Asia oriental y a sólo 18 meses de la puesta en marcha del proyecto (que ya había alcanzado su punto medio), este último se canceló después de haberse desembolsado apenas US\$4,8 millones de los US\$24,8 millones del préstamo original. El proyecto del Zaire se preparó bien, pero fracasó por la falta de compromiso, la poca capacidad existente, y el caos político y económico. Se canceló el crédito cuando sólo se habían gastado US\$3,3 millones de los US\$8,1 millones concedidos. El DEO clasificó de insatisfactorio el desempeño tanto del Banco como del prestatario en ambos proyectos (véase Apéndice C-2).

**La calificación del impacto sobre el desarrollo institucional asignada por el DEO a estos proyectos de lucha contra el SIDA es notablemente superior a la del sector de salud, nutrición y población en su conjunto.** Las dos terceras partes de los 12 proyectos de lucha contra el SIDA obtuvieron calificaciones del impacto sobre el desarrollo institucional de importante o elevado<sup>32</sup>, en comparación con 36,5% en el sector de SNP en su conjunto (DEO 2004c, Cuadro A-1 del apéndice). No obstante, la calificación de su sostenibilidad (67% “probable” o superior) es similar a la del resto de la cartera correspondiente al sector de SNP (62%). La falta de sostenibilidad de cuatro de los 12 proyectos se vinculó con la escasa voluntad política, la crisis económica o las dudas sobre la capacidad de financiar los medicamentos y apoyar a las ONG a largo plazo.

### **Capítulo 3: Puntos esenciales de la evaluación**

- La asistencia del Banco ha ayudado a fortalecer el compromiso de luchar contra el VIH/SIDA.
- Ha ayudado a mejorar la eficiencia de los programas nacionales y a fortalecer las instituciones, sobre todo las vinculadas a los Ministerios de Salud.
- Ha fomentado el uso de las ONG, pero raras veces se cuantifica la eficacia de esas actividades.
- La prevención dirigida a las personas que más posibilidades tienen de propagar el VIH, si bien se planificó, a menudo no se llevó a cabo.
- La vigilancia, la evaluación y la investigación han sido deficientes y han contribuido poco a mejorar el impacto.
- El conocimiento, la sensibilización y los patrones de comportamiento de riesgo han mejorado en los países que reciben asistencia del Banco.
- Las investigaciones y los análisis del Banco no llegan a las autoridades de África.
- Por lo general, se cree que las investigaciones y los análisis son de alta calidad y gran utilidad.



# Comprobaciones de la primera generación de actividades de asistencia del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA

Los objetivos generales de la política del Banco, inferidos de las estrategias regionales y los objetivos de los préstamos concedidos a los países, han sido ayudar a los gobiernos a prevenir la propagación del VIH, fortalecer los sistemas de atención de salud para proporcionar tratamiento y cuidado eficaces en función de los costos a las personas con SIDA, mitigar otros efectos, y fortalecer la capacidad institucional de cada país para manejar y sostener la respuesta a largo plazo. La acentuada falta de buena información que sirva de base para la toma de decisiones es un tema común en la mayoría —si no en la totalidad— de los documentos referentes a estrategias y proyectos.

Las recomendaciones técnicas del Banco en las estrategias regionales y en la asistencia prestada a los países se han hecho de acuerdo con los conocimientos en constante proceso de cambio, obtenidos en el ámbito internacional, pero con acento en la necesidad de establecer un orden de prioridad en vista de la escasa capacidad, los limitados recursos para la salud y otros pedidos de ayuda tanto dentro como fuera del sector de la salud. Las prioridades reveladas en la concesión de préstamos, los documentos estratégicos y los estudios analíticos del Banco colocan en lugar destacado del plan de actividades la producción de bienes públicos<sup>1</sup>, la

prevención (por razones de eficiencia, porque el SIDA es mortal e incurable, y por causa de externalidades positivas), y los servicios de atención y mitigación a un costo razonable y eficaces en función de los costos para los pacientes con SIDA y sus familias. Estos principios de priorización, unidos a la comprensión de la forma de propagación del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, dieron como resultado una tipología de prioridades programáticas en diferentes etapas de la epidemia de infección por el VIH/SIDA que ha orientado al Banco y a la comunidad internacional desde mediados de los años noventa (véase el Recuadro 3.1).

### Recuadro 3.1: Las prioridades gubernamentales y la etapa de la epidemia

Cuando hay escasez de recursos financieros o humanos, las autoridades necesitan decidir qué deben financiar primero con fondos públicos para tener el máximo impacto con los recursos disponibles —y garantizar la eficiencia— y, al mismo tiempo, promover la equidad.

El suministro de bienes públicos indispensables para detener la epidemia de la infección por el VIH/SIDA —como mejorar el acceso a la información, vigilar la propagación del VIH y el comportamiento de riesgo, y evaluar los proyectos piloto— es una prioridad que debe recibir financiamiento de los gobiernos en todas las etapas de una epidemia de SIDA. Ello se debe a que toda la población puede disfrutar o beneficiarse de esas actividades, aunque algunos beneficiarios no paguen nada. Es poco probable que el sector privado proporcione esos beneficios en cantidad suficiente. Es posible que un bien público no pueda proporcionarse en absoluto, a menos que sea financiado por el Estado.

Una segunda prioridad gubernamental consiste en prevenir la transmisión del VIH entre las personas que más probabilidades tienen de propagarlo. La prevención entre las personas con patrones de comportamiento de alto riesgo protege directamente a sus respectivas parejas e indirectamente evita muchas más infecciones secundarias en la población en general expuesta a poco riesgo (cónyuges de las parejas, niños y otras parejas sexuales o usuarias de drogas inyectables)<sup>a</sup>. En otras palabras, cuando la gente expuesta al máximo riesgo de transmisión del VIH adopta un patrón de comportamiento más seguro, se reduce la posibilidad de contraer el VIH que tiene toda la población. La eficacia en función de los costos que repre-

senta la prevención de la transmisión del VIH entre las personas con más posibilidades de contraer y propagar ese virus, en relación con otras intervenciones, es mayor en las epidemias incipientes y concentradas, ya que son mayores los beneficios potenciales de detener la transmisión a toda la comunidad.

En epidemias generalizadas, esta estrategia evitará un número de infecciones secundarias aún mayor que el logrado con una de prevención no dirigida a un grupo especial. A menos que las intervenciones sean demasiado costosas para realizarse, es posible que sean eficaces en función de los costos en relación con la alternativa y necesarias para detener la epidemia. Sin embargo, no serán suficientes<sup>b</sup>. La eficacia en función de los costos de las intervenciones preventivas destinadas a las poblaciones expuestas a un riesgo relativamente menor mejora en una epidemia generalizada, pero sus beneficios se destinan sobre todo a la persona que los emplea y el costo de proporcionar esos servicios a toda la población puede ser alto. La demanda de tratamiento y asistencia social también es notablemente mayor en las epidemias generalizadas, cuando el VIH está muy propagado. Para lograr eficiencia y eficacia en una epidemia generalizada, la prioridad de la asignación de recursos públicos debe concentrarse en velar por que se aborde el comportamiento de máximo riesgo y proporcionar esos servicios de la forma más eficiente posible, al tiempo que se asegura equidad en el acceso de los pobres a esos servicios<sup>c</sup>. Si bien esos son principios generales, los tipos específicos de actividades y la eficacia en función de los costos de las alternativas en un sitio dado varían según una amplia gama de factores epidemiológicos, sociales, políticos y económicos.

a. Hethcote y Yorke, 1984; Over y Piot, 1993.

b. Por ejemplo, Nagelkerke y otros (2002) descubrieron que en la India (epidemia concentrada), una intervención destinada a los trabajadores del sexo llevaría a extinguir la epidemia con el transcurso del tiempo; en Botswana (epidemia generalizada), ninguna intervención habría tenido ese efecto, pero una intervención destinada a los trabajadores del sexo reduciría por mitad la prevalencia de infección por el VIH.

c. La importancia de asegurar que se prevenga la infección por el VIH entre las personas con comportamiento de máximo riesgo en una epidemia generalizada está bien establecida en las investigaciones epidemiológicas (véase Over y Piot, 1993; Banco Mundial, 1997a) y defendida por el ONUSIDA (2004b, pág. 17) y en las propias estrategias regionales del Banco (por ejemplo, Banco Mundial, 2000a, pág.19).

Este capítulo presenta las comprobaciones y lecciones —en lo que respecta a políticas, instituciones, servicios y resultados— de la asistencia prestada por el Banco para la lucha contra el VIH/SIDA en los países hasta la fecha, a partir de un examen de la cartera; evaluaciones de proyectos concluidos de lucha contra el SIDA, y estudios de casos prácticos en Brasil, Indonesia y Rusia. También presenta una evaluación del alcance, la calidad técnica y la utilidad de los estudios analíticos del Banco sobre el SIDA, sobre la base de encuestas hechas al personal de desarrollo humano del Banco y a los delegados que asistieron a la conferencia sobre el SIDA realizada en África.

## Comprobaciones y lecciones de la asistencia prestada por el Banco Mundial a los países para la lucha contra el VIH/SIDA

### *La voluntad política y la política sobre el SIDA*

**La asistencia del Banco ha ayudado a generar, profundizar y ampliar la voluntad política.** En la evaluación del DEO se llegó a la conclusión de que el primer proyecto de control del SIDA en la India, incluido el diálogo sobre políticas referentes a ese tema, pudo acelerar la respuesta del gobierno al VIH/SIDA varios años en relación con lo que hubiera sucedido sin el proyecto.



### Recuadro 3.2: ¿Qué ha surtido efecto para fortalecer la voluntad política?

- **Vigilancia epidemiológica y del comportamiento**, especialmente en epidemias incipientes y concentradas, cuando el grado de negación es alto y la epidemia es “invisible”. Cuando se descubrió en la primera ronda de vigilancia nacional del VIH en la India que 2% de las mujeres embarazadas de Andhra Pradesh eran seropositivas, el Primer Ministro habló públicamente y asignó los propios fondos del Estado para complementar el financiamiento del programa nacional. El anuncio hecho en 1989 sobre la infección de 44% de las trabajadoras del sexo de los prostíbulos en la ciudad de Chiang Mai, situada al norte del país, motivó la acción del Estado en Tailandia<sup>a</sup>.
- **Estudios analíticos**, hechos de tal forma que generen identificación con el proyecto y aborden las preocupaciones del público pertinente. El análisis del impacto económico del SIDA en Rusia hecho por Ruehl y Pokrovsky (2002) se divulgó ampliamente y fortaleció el compromiso de los altos funcionarios. En Chad, las investigaciones, la recopilación de datos y el análisis, así como el fortalecimiento del sistema de vigilancia centinela han proporcionado información concreta y específica de la región para sensibilizar a las autoridades.
- **Proyectos piloto**, que permiten demostrar la factibilidad política y técnica de intervenciones controvertidas. Las pruebas piloto del programa de uso de preservativos en un “ciento por ciento” en Camboya entre todas las trabajadoras del sexo de Sihanoukville ayudaron a mediar una situación sumamente incómoda entre las autoridades con respecto a las intervenciones en el comercio sexual. La canalización de los recursos a los lugares con programas eficaces y un mayor compromiso pueden tener un efecto similar de demostrar la factibilidad política y técnica de nuevos programas, como sucedió en el primer proyecto de control del SIDA en la India.
- **Diálogo sobre políticas de alto nivel con funcionarios públicos y líderes importantes**, complementado con viajes de estudio a los países más afectados, foros públicos e interacción del sur con el sur. El diálogo sobre políticas ha sido importante en la mayoría de los casos, incluso en Etiopía y otros países africanos del MAP en África (véase el Capítulo 4). Según se informó, las visitas de funcionarios camboyanos del programa de lucha contra el SIDA, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Hacienda y las autoridades provinciales de Salud a la India, Kenya, Sudáfrica y Tailandia han solidificado, entre los participantes, el compromiso de atacar el SIDA, tener un programa nacional descentralizado y fortalecer el sistema de salud para atender a un número creciente de pacientes infectados.
- **Multiplificación de los recursos** por medio de condicionalidad o diseño de los proyectos. Las condiciones imperantes en el primer proyecto de lucha contra el SIDA en la India llevaron a la creación de la Organización Nacional de Control del SIDA; el proyecto de control de las enfermedades y fomento de la salud de Camboya elevó la Oficina Nacional del SIDA dentro del Ministerio de Salud al Centro nacional para la prevención del VIH/SIDA y las ETS y de dermatología (NCHADS). En Brasil, el diseño del proyecto mantuvo el enfoque del programa en la prevención entre los grupos más marginados.
- **Fomento de la participación de las ONG** para ampliar el grupo político representado para fines de control del VIH/SIDA a largo plazo, como sucedió en Argentina, Camboya, Chad, India y Uganda. En Brasil, las ONG ya eran fervientes promotoras después del movimiento de democratización de los años ochenta, pero con el proyecto del Banco se convirtieron también en ejecutoras.

a. Banco Mundial, 2000e.

Además, el gobierno contribuyó casi el doble de los fondos de contrapartida acordados en el convenio de crédito, signo de un mayor compromiso<sup>2</sup>. En Brasil, los gastos federales en programas de lucha contra el SIDA aumentaron de un promedio de US\$9,3 millones anuales en el período 1990-92 a US\$53 millones anuales en el período 1993-2002, durante los proyectos primero y segundo de lucha contra el SIDA. Durante la crisis financiera de 1998, *aumentó* el gasto en la lucha contra el SIDA, lo que es indicio de un firme compromiso<sup>3</sup>. El proyecto de lucha contra las infecciones de transmisión sexual (PITS) en Kenya apoyó al Ministerio de Salud y al programa de control del SIDA en la elaboración de un

documento para una sesión parlamentaria sobre el VIH/SIDA, que definió la política y el marco jurídico, pero no se expresó respaldo político para sus recomendaciones. En 1998 y 1999, el proyecto y otros donantes patrocinaron reuniones con dirigentes y una sesión parlamentaria en la que el presidente declaró que el SIDA era un desastre nacional, incrementó el compromiso y mejoró la ejecución. El proyecto de control del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual en Argentina financió casi todo el programa de prevención del SIDA, que no existía antes. El diálogo sobre políticas del Banco que destacó las consecuencias de la falta de acción fue, en gran parte, la causa del convenio de préstamos con ese

país y de la apertura de un diálogo nacional sobre el SIDA. Se han empleado varias estrategias para ampliar el compromiso del sector público con los proyectos del Banco (véase el Recuadro 3.2).

La experiencia de lograr una voluntad política en la primera generación de actividades de asistencia para la lucha contra el SIDA ha destacado dos lecciones.

*Primero, el compromiso de lucha contra el SIDA de los dirigentes de alto nivel es necesario pero no suficiente para obtener resultados; se necesitan actividades conducentes a mejorar, ampliar y mantener el compromiso de lucha contra el VIH/SIDA en todos los niveles del gobierno y de la sociedad.* Por ejemplo, en Brasil, los programas de intercambio de agujas lanzados por el municipio de Santos y el estado de São Paulo entre 1989 y 1990 fueron suspendidos por el Consejo Federal de Control de Estupefacientes y la dirigencia política de la Secretaría de Estado de Salud, respectivamente. En el Estado de Andhra Pradesh en la India, varias ONG se vieron perjudicadas en su intento de extender sus actividades a los trabajadores del sexo porque los organismos locales encargados de la aplicación de la ley no respaldaban plenamente los objetivos del programa de lucha contra el SIDA. En el momento de enviar una misión del DEO a Camboya, algunos prostíbulos de la provincia de Battambang habían estado cerrados durante varios meses, aunque el gobierno trataba de ampliar el programa de uso de preservativos en un “ciento por ciento” dentro del comercio sexual. Cuando el compromiso es expresado por una persona o un régimen político, es frágil. El sólido compromiso del Ministerio de Salud con el Proyecto Nacional de Control del SIDA establecido en 1988 en Zaire no fue suficiente para superar la falta de interés del resto del gobierno. Durante el PITS en Kenya, el programa nacional de control del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual sufrió un descenso al ser trasladado de un departamento a una división del Ministerio de Salud, lo que minó su capacidad de encabezar la respuesta nacional. En el período 1990-92, el programa nacional de control del SIDA de Brasil fue desarticulado por un cambio de gobierno, y Brasil quedó aislado de la comunidad internacional de lucha contra el SIDA. Por lo tanto, el compromiso de luchar contra el SIDA necesita afianzarse más ampliamente a lo largo del espectro político e institucional en lugar de limitarse a un jefe de Estado o un ministro de Salud. También necesita ser sostenible: en Uganda y Tailandia hay un sentido de autosatisfacción profundamente arraigado con respecto al comportamiento sexual

seguro por creerse en el éxito de la prevención y en la disponibilidad del tratamiento antirretroviral. En lugares como San Francisco, Sydney y Ámsterdam, a medida que se ha arraigado ese sentido de autosatisfacción, han vuelto los patrones de comportamiento de riesgo y ha aumentado la incidencia de infección por el VIH.

*Segundo, la generación de voluntad política en la época inicial de una epidemia exige una estrategia deliberada.* El estudio de casos prácticos de Indonesia reveló que la declaración del VIH (un problema invisible en esa época) como “emergencia” nacional no es persuasiva cuando faltan datos fidedignos para demostrarlo, según las condiciones locales. Los líderes políticos pueden estar dispuestos a tomar medidas razonables en una forma discreta que no llame la atención, si están convencidos de que existe la posibilidad de propagación. En una epidemia incipiente, los bienes públicos constituyen una prioridad y quizá no sean un asunto polémico. La experiencia muestra que los estudios analíticos pueden contribuir a generar voluntad política cuando se basan en datos locales, pertinentes para las autoridades decisorias principales, y cuando existe identificación con los resultados, aunque eso no garantiza el éxito (véase el Recuadro 3.3).

**Con respecto a la política de lucha contra el SIDA, en la asistencia prestada por el Banco se ha destacado la eficiencia de los programas nacionales de lucha contra el SIDA mediante ayuda prestada a los gobiernos para concentrarse en la prevención, la eficacia en función de los costos y la priorización de las actividades ante la escasez de recursos.** A comienzos de los años noventa, el Gobierno de la India presentó al Banco una propuesta para un proyecto de lucha contra el SIDA que permitiría financiar la seguridad de la sangre, aunque la mayoría de las infecciones podía atribuirse a transmisión heterosexual. Después de un intenso diálogo con el Banco y la OMS, el gobierno preparó un Plan Estratégico Nacional para el período de 1992-97 que ampliaba el alcance del proyecto para abarcar la participación de los estados y concentrarse en sensibilizar a la población en general y en un cambio de comportamiento entre los grupos de alto riesgo. El estudio de casos prácticos del DEO sobre Brasil permitió llegar a la conclusión de que la respuesta nacional se ha concentrado en la prevención del VIH en los grupos con comportamiento de alto riesgo, en particular los grupos marginados, como los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores del sexo, más de lo que podría haber sido el caso sin la participación del Banco<sup>4</sup>.

**Recuadro 3.3: Los estudios analíticos pueden fortalecer el compromiso, pero no son una panacea**

Durante extensas negociaciones referentes al proyecto de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA en Rusia, se señaló el impacto económico del SIDA como un punto de apoyo potencialmente eficaz para ampliar el compromiso del sector público. Con financiamiento del Departamento para el Desarrollo Internacional (DfID) del Reino Unido, el personal del Banco trabajó en equipo con investigadores del Centro Federal Ruso de Lucha contra el SIDA para elaborar un modelo computarizado de las consecuencias económicas de la epidemia de SIDA<sup>a</sup>. En el caso hipotético más pesimista, el modelo pronosticó una baja de 4% del PIB para el año 2010. Los resultados se divulgaron en la prensa hablada y escrita de Rusia por medio de artículos editoriales, cartas al director, conferencias de prensa y exposiciones ante organismos del Estado. Los entrevistados en el estudio de casos prácticos hecho por el DEO creen que el modelo tuvo un gran efecto en el compromiso del sector público al más alto nivel. En un plazo de un año, el presidente Putin mencionó el SIDA por primera vez en un discurso ante el público nacional.

La creación de modelos epidemiológicos puede ser precaria en una epidemia incipiente cuando se dispone de muy poca información fidedigna sobre los patrones de comportamiento del riesgo en la población. A mediados de los años noventa, la prevalencia de infección por el VIH en Indonesia era baja, aun en los grupos de alto riesgo, pero los interesados temían que la infección por el VIH explotara entre los trabajadores del sexo de ese país de la misma manera que ocurrió en Tailandia. Tomando el año de 1993 como fecha de iniciación de la epidemia, un investigador de los Centros para el Control y la Prevención de

Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos proyectó un aumento explosivo de la infección por el VIH que atrajo la atención de las autoridades. El Proyecto de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS se puso en marcha a comienzos de 1996 con una modalidad de “emergencia” para hacer una prueba piloto de las intervenciones pertinentes entre los trabajadores del sexo de dos provincias en el transcurso de tres años, que pudiera duplicarse en la esfera nacional. Sin embargo, a comienzos de 1997 la explosión pronosticada de infección por el VIH no había ocurrido. El proyecto no tenía un buen desempeño y, a partir de las proyecciones, su fundamento y urgencia quedaron minados. En fecha reciente se ha reanudado el diálogo, desencadenado por el aumento del número de casos de infección por el VIH en usuarios de drogas inyectables y su propagación a los trabajadores del sexo.

En Etiopía, en un análisis del sector social realizado en 1996 junto con especialistas etíopes se estimó que la infección por el VIH/SIDA representaba 7,7% de todos los años de vida perdidos en el ámbito nacional y 17,7% en Addis Abeba. También se proyectó la prevalencia de infección por el VIH, el número de casos de SIDA y la mortalidad hasta el año 2020, y se evaluó el impacto en el gasto en salud. Sin embargo, el análisis dejó al Ministerio de Salud poco convencido de la urgencia de abordar la epidemia de infección por el VIH/SIDA. La validez de los datos sobre SIDA también se puso en tela de juicio. Se creyó que era más urgente abordar las cuestiones relativas al sistema de salud y a las condiciones sanitarias que afectan a las zonas rurales después de un período de hambruna y guerra.

a. Ruehl y otros, 2002.

El Banco también apoyó la infraestructura clave de vigilancia de laboratorios y tratamiento —un bien público— para mejorar la eficiencia del programa terapéutico del sector público. El estudio de casos prácticos hecho por el DEO sobre Rusia permitió llegar a la conclusión de que, a falta de la participación del Banco Mundial en la lucha contra el VIH/SIDA, el método seguido por el gobierno se habría enfocado menos en los principales impulsores de la epidemia y sería menos acorde con las prácticas óptimas internacionales en campos de importancia primordial. La persistencia del Banco en el diálogo sobre políticas promovió y logró que se aceptara la reducción de peligros, la participación de los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores del sexo, el acento en prevenir la infección por el VIH y el reemplazo de la prueba colectiva de detección del VIH en la población con la vigilancia serológica y del comporta-

miento de carácter centinela. En Camboya, el Proyecto de control de las enfermedades y fomento de la salud (DCHDP) financió la respuesta del Ministerio de Salud a la lucha contra el SIDA, que abarcó priorización y secuenciación de actividades para reflejar las restricciones en materia de capacidad y mejorar la eficacia en función de los costos. La escasez de capacidad se concentró en las zonas donde las políticas y los programas pueden representar la máxima diferencia.

***Instituciones necesarias para responder al SIDA a largo plazo***

**El Banco ha ayudado a crear o a fortalecer instituciones nacionales y subnacionales sólidas de lucha contra el VIH/SIDA.** El primer proyecto nacional de control del SIDA de la India creó la Organización Nacional de Control del SIDA (NACO), una entidad semiautónoma adscrita al

Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y asociaciones estatales de control del SIDA en los 25 estados y siete territorios de la unión<sup>5</sup>. El proyecto LUSIDA de la Argentina institucionalizó la prevención del VIH dentro del Ministerio de Salud, donde antes se había enfocado la respuesta casi en su totalidad en el tratamiento y la seguridad de la sangre. Mientras que el LUSIDA se lanzó como una unidad separada, al final del proyecto sus funciones se habían incorporado en el Ministerio de Salud. El DCHDP de Camboya elevó el programa de control del SIDA dentro del Ministerio de Salud y prácticamente duplicó el presupuesto público para el Centro nacional para la prevención del VIH/SIDA y las ETS y de dermatología (NCHADS) durante el período del proyecto, financió las funciones básicas del programa (actividades, capacitación y supervisión) y amplió las operaciones a todas las provincias<sup>6</sup>. Los proyectos de lucha contra el SIDA en Brasil crearon las unidades de coordinación de control del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual en todos los 27 estados y 150 municipios para diseñar y ejecutar planes de acción de lucha contra el SIDA. Los PITS de Kenya y Uganda cambiaron las “reglas” de ejecución de proyectos y las transferencias presupuestarias a los distritos, con lo que fortalecieron la respuesta institucional en el ámbito de los distritos e intensificaron la voluntad política.

**La asistencia del Banco a menudo ha financiado respuestas conjuntas en un pequeño número de sectores clave, generalmente por medio de su apoyo al Ministerio de Salud, para mejorar la eficacia de la respuesta sobre el terreno.** En Brasil, por ejemplo, el apoyo para los programas de prevención entre los grupos de alto riesgo entrañó aportes de las fuerzas de policía y seguridad, para que éstas dejaran de ser autoridades encargadas de aplicar medidas punitivas y se convirtieran en socios en materia de prevención. Los programas de distribución de preservativos en el sistema penitenciario exigieron aportes y cooperación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y el Ministerio del Interior. En la India, durante el primer proyecto de lucha contra el SIDA se iniciaron diferentes tipos de actividades en los Ministerios de Educación, Información y Transmisión, Turismo, Minería, Trabajo, Justicia Social y Empleo, y Asuntos Femeninos. El PITS de Kenya proporcionó información y distribuyó preservativos a las fuerzas de seguridad, pero encontró resistencia de los grupos religiosos con respecto a la educación sexual en las escuelas. En esa época, el compromiso del Gobierno de Kenya era todavía relativamente débil. El PITS de Uganda financió la distribución de preser-

vativos y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en las fuerzas militares, la policía y las prisiones<sup>7</sup>. Los ministerios participantes tendieron a ser los más gravemente afectados por el SIDA y los que tenían una ventaja comparativa para controlarlo<sup>8</sup>.

*Una importante lección aprendida de esta experiencia es la necesidad de fortalecer las instituciones y la capacidad de los Ministerios de Salud, que son las principales instituciones técnicas y ejecutoras en la respuesta nacional al SIDA.* La primera fase de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA fortaleció las instituciones de alto nivel dentro del Ministerio de Salud (como ocurrió en Brasil y Camboya) o las unidades autónomas de alto nivel vinculadas al Ministerio de Salud (como ocurrió en la India). La asistencia a las unidades de bajo nivel del Ministerio (como ocurrió en Kenya y Zaire) tuvo relativamente menos éxito, en particular porque la poca importancia en materia de organización a veces es señal de poca voluntad política dentro o fuera del Ministerio de Salud<sup>9</sup>. El ascenso de la sede institucional de la respuesta nacional dentro del ministerio ha sido un requisito para varios de los proyectos (Camboya y la India). En cambio, la asignación de la responsabilidad de la coordinación de los proyectos de lucha contra el SIDA al Ministerio de Planificación en Chad guardó relación con un bajo grado de identificación con el proyecto por parte del Ministerio de Salud, que estuvo encargado de su ejecución.

### **Participación del sector no gubernamental<sup>10</sup>**

**La asistencia del Banco Mundial ha alentado a los gobiernos a crear los mecanismos necesarios para hacer participar a las ONG en la presentación de una respuesta nacional y ha financiado el fortalecimiento de la capacidad en el sector no gubernamental.** Entre los 18 proyectos de lucha contra el VIH/SIDA concluidos, 17 contaron con la participación planeada de las ONG o de las organizaciones de base comunitaria (OBC), y por lo menos 15 tuvieron éxito (véase el Cuadro 3.1)<sup>11</sup>. Por lo general, el objetivo declarado de su participación era prestar servicios preventivos, en muchos casos a poblaciones marginadas de alto riesgo a las cuales no llega fácilmente el Estado, y servicios de mitigación y atención a las comunidades más afectadas. Se establecieron mecanismos para financiamiento público de las ONG en Argentina, Brasil, Burkina Faso, Camboya, Chad, India, Uganda e incluso Indonesia, donde la creación del marco jurídico terminó justo antes de cancelar el proyecto, pero sigue en pie por causa de los beneficios potenciales de las

**Cuadro 3.1: Número de ONG y OBC apoyadas con proyectos de lucha contra el SIDA terminados**

Proyecto <sup>a</sup>	Ejercicio de funcionamiento	ONG	OBC
Uganda: <i>PAPSCA</i> (componente de SIDA solamente)	1990-1995	4	
Haití: <i>Salud y SIDA I</i>	1990-2001	7-9	
Rwanda: <i>Salud y población</i>	1991-2002	13	
India: <i>SIDA I</i> (seis estados <sup>b</sup> solamente)	1992-1999	149	
Brasil: <i>SIDA I</i>	1993-1998	181	
Uganda: <i>PITS</i>	1994-2002		935 <sup>c</sup>
Burkina Faso: <i>Población y control del SIDA</i>	1994-2001		650 <sup>c</sup>
Chad: <i>Población y control del SIDA</i>	1995-2001	18	50-60 <sup>d</sup>
Camboya: <i>DCHDP</i>	1996-2002	40	
Brasil: <i>SIDA II</i>	1998-2003	795	

Fuente: IERP, IFE.

a. Los proyectos realizados en Zimbabwe, Bulgaria y Sri Lanka no financiaron a ninguna ONG. El proyecto de Kenya debía financiarlas, pero los contratos con las ONG no se ejecutaron. No se dispuso de cifras para los proyectos de Zaire, Indonesia y Guinea.

b. Andhra Pradesh, Delhi, Maharashtra, Tamil Nadu, Uttar Pradesh y Bengala Occidental. Del total, 109 se realizaron en Tamil Nadu. El DEO visitó estos estados; las ONG fueron apoyadas en otros estados, pero se desconoce su número.

c. Incluye ONG y OBC. La prórroga de nueve meses del proyecto de Burkina Faso permitió financiar 600 subproyectos (incluidos en esta cifra) por medio de un proyecto piloto de desarrollo realizado por iniciativa de la comunidad en una región (Poni).

d. Incluye las asociaciones y ONG locales.

actividades futuras. Los modelos de reclutamiento empleados en los proyectos variaron desde contratación de ONG para la realización de intervenciones bien especificadas en determinados lugares (como en la India y en el PAPSCA de Uganda) hasta la designación de fondos que las ONG pudieran aprovechar con una propuesta que se ciñera a los criterios de admisibilidad en lo relativo al tipo de intervención (como en Argentina, Brasil, Chad y en el PITS de Uganda), o un conjunto de todos estos modelos. Para el DCHDP de Camboya se contrató a la Alianza Khmer de lucha contra el VIH/SIDA (Khana), con apoyo y orientación de la Alianza Internacional de contra el VIH/SIDA, a fin de fortalecer la capacidad de 40 ONG para preparar y ejecutar intervenciones en materia de lucha contra el SIDA. Antes del proyecto, varias ONG internacionales trabajaban en todo el país, pero había pocas ONG locales. En el proyecto de población y SIDA de Chad se creó un fondo social y un organismo de comercialización social que ha hecho participar a las ONG locales, descentralizado la respuesta y reformado la manera de realizar las actividades relativas a la población y a la lucha contra el VIH/SIDA.

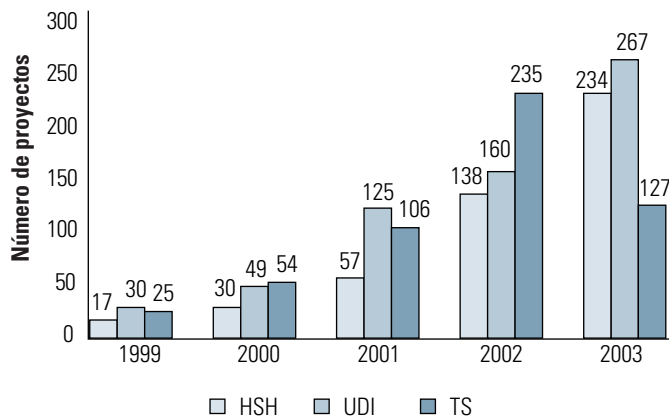
**Las ONG han desempeñado una función importante en la ampliación del acceso a la prevención y atención entre los grupos expuestos al mayor riesgo de contraer**

**y propagar el VIH (grupos de alto riesgo) y en su habilitación para convertirse en interesados de importancia.**

En particular, en los proyectos de Brasil, pero también en los de Argentina, Burkina Faso, Camboya, Chad y la India, se hizo participar a las ONG en la prestación de servicios a grupos de alto riesgo (véase el Gráfico 3.1). La ejecución tuvo gran éxito y fue más fácil seguir la trayectoria de la cobertura cuando las ONG participaron en forma estratégica y sistemática y hubo actividades paralelas para crear un medio habilitante con la reforma jurídica y la sensibilización de las entidades encargadas de aplicar la ley. Sin embargo, las ONG quizá no estén siempre en mejores condiciones que el gobierno para trabajar con esos grupos. En Indonesia, los departamentos encargados de la salud, los asuntos sociales y el turismo, por ejemplo, tienen contacto regular con trabajadores del sexo mujeres y travestis.

**La falta de voluntad política, la escasa capacidad de las ONG y de las OBC y los engorrosos procedimientos del Banco a menudo fueron los principales impedimentos para conseguir la participación de la sociedad civil.** A pesar de los planes pertinentes, el PITS de Kenya proporcionó apoyo financiero directo solamente limitado a las ONG locales, pero no suministró ninguno a las nacionales porque el Ministerio de Salud nunca adjudicó

**Gráfico 3.1: El crecimiento en las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo en el Brasil, 1999-2003**



Nota: HSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; UDI = usuarios de drogas inyectables; TS = trabajadores del sexo

Fuente: Beyrer y otros, 2004.

tres contratos generales para proporcionar apoyo y fortalecer la capacidad de cada uno de esos sectores. A pesar de las actividades planeadas de fortalecimiento de la capacidad, *la capacidad existente de las ONG para diseñar, ejecutar y evaluar las intervenciones en la lucha contra el SIDA se sobrevaloró casi en todos los países que recibieron asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA*<sup>12</sup>. La ejecución también se demoró por falta de familiaridad con los procedimientos del Banco y por causa de procedimientos excesivamente engorrosos para el retiro de fondos. Las actividades de las ONG en la India y en otros países se vieron perjudicadas por un déficit de financiamiento entre ciclos y por la disponibilidad esporádica de fondos ocasionada por los procesos presupuestarios del sector público. Se observó que estos asuntos eran comunes en los proyectos del Banco con las ONG según una evaluación hecha anteriormente por el DEO (Gibbs y otros, 1999).

**Si bien estas actividades ampliaron el acceso a la información y a los servicios, se sabe muy poco sobre la calidad, eficacia o cobertura de las actividades de lucha contra el SIDA de las ONG y las OBC financiadas por medio de proyectos del Banco o la medida en que complementan los programas públicos descentralizados o compiten con ellos.** Las ONG y las OBC pueden hacer un gran aporte a la respuesta nacional por medio de su cobertura, sus conocimientos técnicos locales, su

flexibilidad y la eficacia potencial de sus actividades en función de los costos. Sin embargo, la eficacia de las actividades raras veces se cuantifica; dentro del marco de seguimiento de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA de las ONG patrocinadas por proyectos del Banco, por lo general los resultados se cuantifican según los productos<sup>13</sup>. Como resultado de la falta de evaluación, hay pocas pruebas de las condiciones en las cuales la prestación de servicios de las ONG es más eficaz en función de los costos que los servicios públicos en cualquiera de los países. Se desconoce hasta qué punto las ONG economizan la escasa capacidad del sector público o aumentan la carga administrativa. Hay poca información sistemática sobre la cobertura de los servicios de atención al SIDA prestados por las ONG o las OBC, su eficacia en la prestación de servicios dirigidos a los grupos expuestos al mayor riesgo o la medida en que complementan las actividades gubernamentales descentralizadas. En una evaluación de las ONG en proyectos

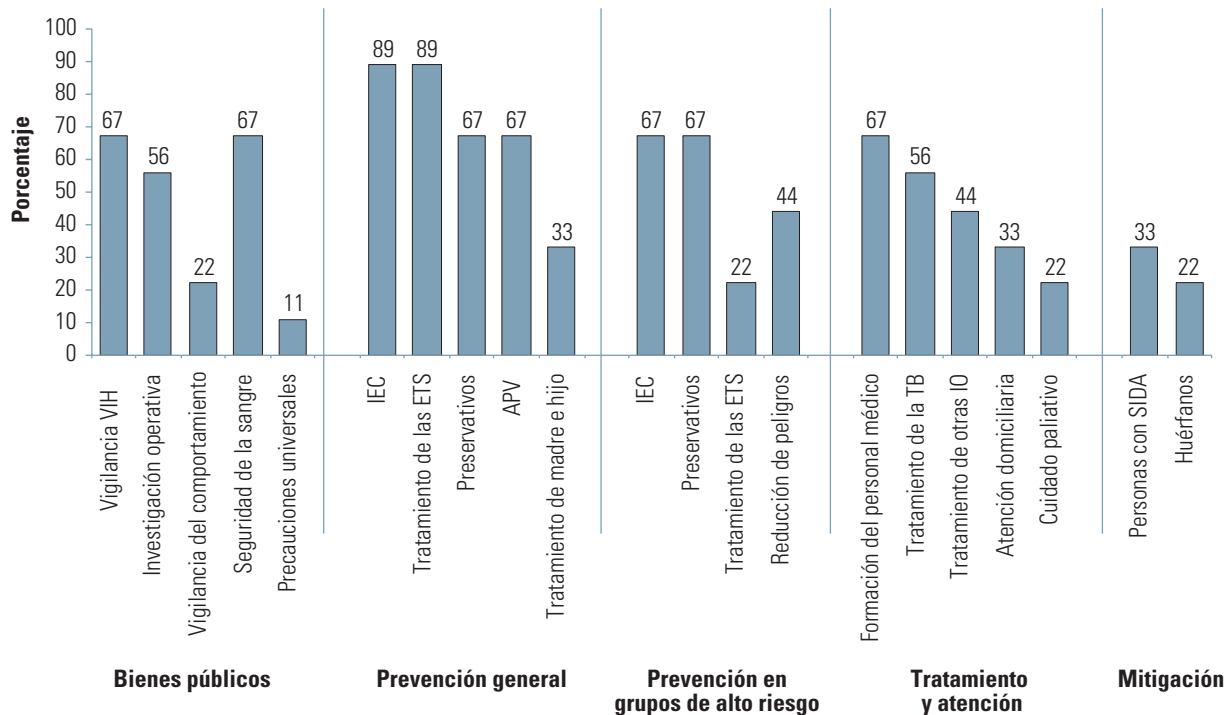
apoyados por el Banco Mundial hecha por el DEO en 1999, en general no se pudo vincular la participación de las ONG ni de las OBC con mejores resultados, ni de un mayor grado de desarrollo institucional o de sostenibilidad (Gibbs y otros, 1999).

De esta experiencia surgen tres lecciones importantes. *Primero, aun en los países donde la sociedad civil es fuerte, el Banco y otros donantes no deben dar por sentada la existencia de la capacidad de ejecución cuando se trata de programas de lucha contra el SIDA. Segundo, en los proyectos del Banco es necesario establecer procedimientos de ejecución más flexibles*<sup>14</sup>. *Tercero, todavía hay mucho que aprender sobre las condiciones que determinan que las asociaciones del gobierno con las ONG para la realización de programas de lucha contra el SIDA sean eficaces, eficientes, sostenibles y complementarias de las actividades de los gobiernos locales.*

### **Prestación de servicios**

**Con la primera generación de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA se prestó apoyo principalmente a las actividades de sensibilización y prevención en la población en general, en los grupos de alto riesgo y en los países duramente afectados, la formación médica, y la disponibilidad de medicamentos para tratamiento y atención.** Dos terceras partes o más de los proyectos

Gráfico 3.2: Actividades e intervenciones apoyadas por proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA



Fuente: IERP, IFE.

Nota: APV = Asesoramiento y pruebas voluntarias; ETS = enfermedades de transmisión sexual; IEC = información, educación y comunicaciones; IO = infecciones oportunistas; TB = tuberculosis. Los programas de reducción de peligros (como el intercambio de agujas, el uso de blanqueador para esterilización del equipo de inyección y la rehabilitación de toxicómanos) reducen la posibilidad de transmisión entre los usuarios de drogas inyectables. Las precauciones universales (como la esterilización del equipo médico, el uso de guantes de caucho y otros artículos de protección) previenen la transmisión en los establecimientos de atención médica.

enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA concluidos proporcionaron información, educación y comunicaciones (IEC), tratamiento de las ETS, preservativos, asesoramiento y pruebas voluntarias a la población en general, IEC y preservativos a los grupos de alto riesgo, y formación del personal médico en tratamiento y atención (véase el Gráfico 3.2)<sup>15</sup>. La magnitud de la inversión en otros servicios de tratamiento, atención y mitigación depende de la etapa de la epidemia y ha sido menos estable. Sin embargo, los bienes públicos, incluso la vigilancia del comportamiento y del VIH, las investigaciones operativas, la evaluación y la prevención en grupos de alto riesgo, deben ser una prioridad para el gobierno en todas las etapas de la epidemia; se espera que esas actividades tengan apoyo universal.

**El déficit en materia de prevención dirigida a los grupos de alto riesgo a menudo es el resultado de la falta de ejecución de las actividades planeadas.** En casi todos los proyectos se planearon algunas intervenciones

dirigidas a las personas que más posibilidades tienen de propagar el VIH por medio de un comportamiento de riesgo<sup>16</sup>, pero a menudo se asignó prioridad a las poblaciones de menor riesgo en la ejecución. Un objetivo del proyecto de Indonesia fue introducir con carácter experimental intervenciones entre los trabajadores del sexo en dos provincias; hasta donde el proyecto se ejecutó antes de cancelarse, el énfasis en los grupos de alto riesgo fue débil. Los PITS en Kenya y Uganda debían incluir actividades dirigidas a poblaciones de alto riesgo, pero los ejecutores lanzaron el programa a una población más amplia<sup>17</sup>. En Argentina, donde las principales modalidades de transmisión están entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y los usuarios de drogas inyectables (UDI), LUSIDA financió en un principio intervenciones de las ONG destinadas a mujeres y niños. Sólo en época avanzada del proyecto, con gran estímulo del Banco y después de que un nuevo gobierno asumiera el poder en 2002, se enfocaron esas actividades

en los UDI y los HSH. El hecho de no haber ejecutado las intervenciones destinadas a la población de mayor riesgo a menudo es producto de estigma político y social y de falta de conocimientos prácticos de parte del gobierno y de las ONG necesarias para trabajar con ellos.

A menudo hay resistencia a la ejecución de intervenciones destinadas a grupos de alto riesgo, tanto en el gobierno como en la sociedad civil. *Una importante lección aprendida está en darse cuenta de que la inclusión de esas intervenciones en los planes de ejecución o en la lista de intervenciones que se deben apoyar no asegura su ejecución en la medida necesaria para reducir la transmisión del VIH.* Es de importancia crítica tener incentivos sólidos y una estricta supervisión del Banco para asegurar su ejecución.

### **Evaluación, seguimiento e investigación**

**No se han ejecutado del todo las actividades de evaluación, seguimiento e investigación, que son bienes públicos y deben estar entre las máximas prioridades de los programas públicos de lucha contra el VIH/SIDA en todas las etapas de la epidemia** (véase el Gráfico 3.2). Dichas actividades pueden mejorar la pertinencia, eficacia y eficiencia del diseño y la administración de los programas, son importantes para la rendición de cuentas y la transparencia, y permiten afirmar la voluntad política. Adquieren importancia particular en los programas de lucha contra el VIH/SIDA por causa de la escasez de información en los niveles nacional y local sobre la epidemia y la eficacia de los programas.

**La evaluación y la investigación se han desatendido mucho en los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA realizados por el Banco**<sup>18</sup>. Las intervenciones apoyadas a menudo han demostrado ser eficaces en los establecimientos de investigación controlada en otros países<sup>19</sup> o promovidas a partir de la idea existente en el medio internacional de lo que constituye un buen programa, sin el beneficio de intervenciones piloto evaluadas en cada localidad. En los PITS realizados en Kenya, Uganda y Zimbabwe, por ejemplo, no se realizó ni evaluó ninguna actividad piloto local de tratamiento del síndrome de las ETS ni capacitación al respecto antes de pasar a realizarse a escala nacional. Cuando se han llevado a cabo intervenciones piloto, a menudo se han ampliado sin evaluación de su eficacia para lograr la finalidad prevista ni de su eficacia en función de los costos. La factibilidad y eficacia del programa de uso de preservativos en un “ciento por ciento” en Camboya se demostró en Sihanoukville, por ejemplo, pero nunca se

evaluó a cabalidad ni tampoco se determinó la eficacia en función de los costos en relación con otras posibilidades antes de ampliarlo a escala nacional<sup>20</sup>. La eficacia en función de los costos de las intervenciones piloto no se evaluó en el primer proyecto de lucha contra el SIDA realizado en Brasil, a pesar de tener un componente explícito en materia de seguimiento y evaluación (S&E) del proyecto. En el segundo proyecto de lucha contra el SIDA en Brasil, que también incluyó la evaluación como un objetivo destacado, tampoco se logró realizar una evaluación en un país que cuenta con una gran capacidad para hacerlo. En general, raras veces se ha hecho una evaluación independiente de la eficacia para lograr la finalidad prevista y la eficacia en función de los costos de las principales actividades programáticas de los programas nacionales de control del SIDA apoyados por el Banco, como los programas de IEC, fortalecimiento de la capacidad, tratamiento del síndrome de las ETS y uso de preservativos.

**En general, los presupuestos para investigación y estudios analíticos de los proyectos no se han empleado como fuente de información de los programas** y a menudo han asignado recursos basados en la demanda de investigadores más que en la evaluación de campos programáticos de alta prioridad. La evaluación de los proyectos primero y segundo de lucha contra el SIDA hecha por el DEO en Brasil reveló, por ejemplo, que el programa de investigación era “de naturaleza especial e incoordinado en su concepción” y generaba una gran cantidad de información de uso limitado para mejorar el desempeño y el impacto de los programas.

**La asistencia del Banco ha ayudado a los gobiernos a ampliar la cobertura de la vigilancia epidemiológica y del comportamiento, pero a menudo se ha demorado la ejecución y los sistemas no se han enfocado en el comportamiento de máximo riesgo.** En el sistema de vigilancia del VIH en la India no se logró cobertura nacional hasta 1998, último año del primer proyecto de lucha contra el SIDA; casi toda la vigilancia se centró en las mujeres embarazadas, que son el último grupo de la población en el que aumenta la infección por el VIH<sup>21</sup>. No hubo ninguna encuesta nacional de comportamiento hasta el año 2002, cuando ya estaba muy avanzado el segundo proyecto de lucha contra el SIDA. La vigilancia nacional de la infección por el VIH en Brasil no se logró sino hasta cuando se realizó el segundo proyecto de lucha contra el SIDA en el año 2000<sup>22</sup>. Solamente se realiza seguimiento sistemático de las mujeres embarazadas, en una epidemia que sigue concentrada en los UDI, los HSH,



los trabajadores del sexo y otros grupos de alto riesgo. La primera encuesta nacional sobre el comportamiento realizada en Brasil no tuvo lugar sino hasta 1998<sup>23</sup>. Los programas nacionales de Etiopía y Uganda, que una vez vigilaban sistemáticamente la infección por el VIH en los trabajadores del sexo y los camioneros, ya no lo hacen, a pesar del apoyo del Banco. Por contraste, el DCHDP de Camboya financió la ejecución de programas de vigilancia de la infección por el VIH y del comportamiento de los grupos de alto riesgo por parte del gobierno, con insumos técnicos de otros donantes. Con todo, en el momento de la evaluación hecha por el DEO no había ninguna encuesta nacional representativa sobre el comportamiento de riesgo de los hombres y las mujeres en el país.

**La extraordinaria atención prestada, en los proyectos de lucha contra el SIDA apoyados por el Banco, a los aspectos de S&E se ha centrado en el seguimiento, a menudo mal diseñado y con ejecución y supervisión insuficientes.** Entre los principales asuntos surgidos cabe citar los siguientes:

- Con frecuencia hay muchos indicadores, pero *no hay ningún plan* para asegurar el acopio de información, *no hay ningún incentivo* para acopiarla y *es poco el uso de los datos* para la toma de decisiones (Wilson, 2004).
- A menudo, los proyectos se lanzan sin *datos de referencia* que son indispensables para su diseño. La falta de datos de referencia sobre el comportamiento en Indonesia llevó a los ejecutores del proyecto a creer que la epidemia estaba próxima a desencadenarse entre los trabajadores del sexo, pero a la larga ésta se propagó entre los usuarios de drogas inyectables. En casi en todos los países donde se han realizado encuestas de prevalencia de la infección por el VIH en la población, las tasas fueron menores que las pronosticadas por las encuestas de mujeres embarazadas, con enormes repercusiones para el diseño de los programas de tratamiento y mitigación<sup>24</sup>.
- Los indicadores no son siempre *apropiados para el objetivo* que se evalúa. Por ejemplo, la falta de comprensión de la epidemiología básica del VIH ha lle-

#### Recuadro 3.4: La utilidad limitada de la prevalencia del VIH como indicador del impacto de los programas

La meta de los programas de prevención de la infección por el VIH/SIDA es reducir el número de nuevas infecciones por el VIH, o sea la *incidencia*. Sin embargo, medir la incidencia es tarea complicada y costosa, y entraña la vigilancia de una cohorte de personas seronegativas a través del tiempo para contar cuántas se infectan por el VIH. Las tendencias del conocimiento y de los patrones de comportamiento de riesgo son factores de predicción de la incidencia de infección por el VIH y más fáciles de vigilar; por ejemplo, los cambios en la iniciación de la actividad sexual de los jóvenes, la frecuencia de las relaciones sexuales con parejas ocasionales o comerciales, el uso de preservativos en las relaciones sexuales ocasionales y comerciales, y el comportamiento referente al uso de drogas inyectables.

En casi todos los programas nacionales de lucha contra el SIDA se vigila el porcentaje de la población infectada por el VIH, o sea, la *prevalencia* del VIH. El número de personas seropositivas puede aumentar o disminuir, según se infecten más personas de las que mueren en un período determinado. La "estabilización" de la prevalencia del VIH significa que las nuevas infecciones y defunciones han llegado a un punto de equi-

brio: ambas podrían ser altas o bajas<sup>a</sup>. La prevalencia del VIH se reduce cuando las defunciones superan el número de nuevas infecciones. Por ende, ni "el mantenimiento de una prevalencia estable del VIH" ni "la reducción de la prevalencia del VIH" (que suelen ser objetivos de los proyectos y planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA) indican el logro de éxito en los programas de prevención porque no revelan nada sobre el número de nuevas infecciones.

Los cambios en la prevalencia del VIH son un sustituto útil de la incidencia del VIH solamente cuando se prevé que la mortalidad por SIDA será baja; por ejemplo, al comienzo de una epidemia o en adultos jóvenes que sólo en fecha reciente han iniciado la actividad sexual o la práctica de inyección de drogas. Un tercer ejemplo sería si todas las personas seropositivas pudieran mantenerse vivas. Entonces la prevalencia del VIH *umentaría* a una tasa exactamente igual al número de nuevas infecciones. Si bien la prevalencia del VIH no suele ser útil para medir el éxito en los programas de prevención, en las epidemias maduras es conveniente para pronosticar la demanda de tratamiento y servicios afines. En las mujeres embarazadas, mide la necesidad de servicios para prevenir la transmisión del VIH a los niños.

a. Wawer y otros, 1997.

vado a que en muchos proyectos se seleccionara la prevalencia del VIH como un indicador del efecto de los programas (véase el Recuadro 3.4). Ha habido pocos intentos por vigilar la incidencia de infección por el VIH<sup>25</sup>, las variables representativas de la incidencia o la mortalidad por el SIDA. Los indicadores del tratamiento tienden a expresarse según el número de personas que lo reciben y no en términos del mejor estado de salud o de la longevidad realmente logrados.

- En las repetidas encuestas nacionales realizadas por el gobierno y los donantes *no se ha asegurado la comparabilidad de las preguntas en las encuestas*, por lo que es imposible seguir la trayectoria de los cambios de comportamiento a través del tiempo —por ejemplo, en Camboya<sup>26</sup>, Chad<sup>27</sup>, India y Uganda<sup>28</sup>—, aun cuando ambas encuestas son patrocinadas por la misma institución. Se ha comprobado que existe falta de colaboración entre el Banco, los organismos patrocinadores y el gobierno<sup>29</sup>.
- *Los datos sobre los productos* del proyecto tampoco se suelen vigilar; sin ello, es imposible atribuir los cambios en los resultados obtenidos a los programas públicos<sup>30</sup>.

Esta experiencia señala varias necesidades: 1) identificar menos indicadores de vigilancia y asegurar que sean pertinentes para los objetivos; 2) asegurar un plan de ejecución viable para acopiar datos de vigilancia; 3) encargar una evaluación independiente de los principales componentes de los programas; 4) dar incentivos a los prestatarios y al personal del Banco para asegurar que el seguimiento y la evaluación se realicen y se empleen para la toma de decisiones, por ejemplo vinculando la disponibilidad de los resultados del S&E con las principales decisiones programáticas y el financiamiento continuo; 5) mejorar la coordinación entre el gobierno, los donantes y la asistencia técnica para asegurar la comparabilidad de extensas encuestas de población a través del tiempo, y 6) estructurar la investigación y los estudios analíticos de tal forma que sirvan de fuente de información para las principales decisiones programáticas.

### Resultados e impacto

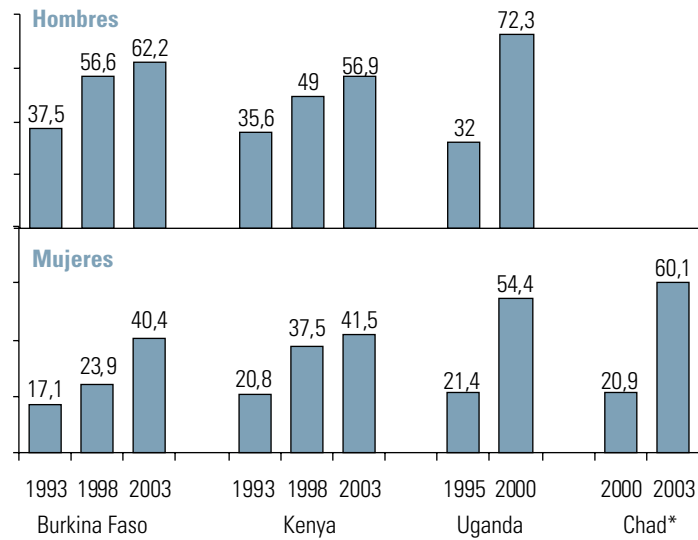
En esta sección se examinan las pruebas de las tendencias del conocimiento y el comportamiento en algunos de los pocos países que han recibido asistencia del Banco Mundial. En muchos países, el Banco no fue el único donante que apoyaba el control del VIH/SIDA y formó

parte de una colaboración más extensa<sup>31</sup>. En la mayoría de los casos, no es posible atribuir estas tendencias a la política pública en general —apoyada por el Banco o ejecutada por el gobierno o los donantes— porque el seguimiento de los productos ha sido deficiente, lo que dificulta mucho el establecimiento de un vínculo entre los productos y los resultados, y es también difícil determinar lo que hubiera sucedido sin la asistencia del Banco. Los conocimientos y el comportamiento pueden cambiar a partir de la experiencia particular de las personas cuyos amigos o familiares contraen el VIH o mueren de SIDA. Sin embargo, conviene saber si las tendencias en los países apoyados por el Banco se han desplazado en el sentido correcto, aun sin una clara atribución al gobierno. Aun en ese caso, el seguimiento deficiente y la falta de coordinación entre los donantes y el gobierno en materia de recolección de datos han dado como resultado poca disponibilidad de información sobre las tendencias.

**Conocimiento y sensibilización con respecto al VIH/SIDA.** El conocimiento de la forma de prevenir la infección por el VIH se ha ampliado en Burkina Faso, Kenya y Uganda, países que desde el principio recibieron apoyo del Banco y de muchos otros donantes (Gráfico 3.3a). El porcentaje de entrevistados que declararon espontáneamente que usaban preservativos para evitar el SIDA ha tenido un modesto aumento en Burkina Faso y Kenya, pero ha aumentado a más del doble en Uganda. El porcentaje de mujeres de Chad que respondieron correctamente a una pregunta con respuesta sugerida sobre el uso de preservativos para evitar el SIDA<sup>32</sup> se ha triplicado en tres años. La proporción de jóvenes de 15 a 19 años que nunca han tenido relaciones sexuales ha aumentado considerablemente (Gráfico 3.3b) entre los hombres y las mujeres, con lo que se reduce su exposición al riesgo de infección por el VIH/SIDA (así como a otras ETS y al embarazo)<sup>33</sup>. Por desgracia, los resultados sobre otras medidas del conocimiento, el comportamiento sexual y el uso de preservativos en las relaciones sexuales de riesgo —las variables de interés clave para los programas de lucha contra el SIDA— son difíciles de comparar entre las encuestas de 1998 y 2003. Aun en los países donde han ocurrido cambios, la hipótesis es difícil de formular. ¿Habrían cambiado esos parámetros aun sin el apoyo del Banco?

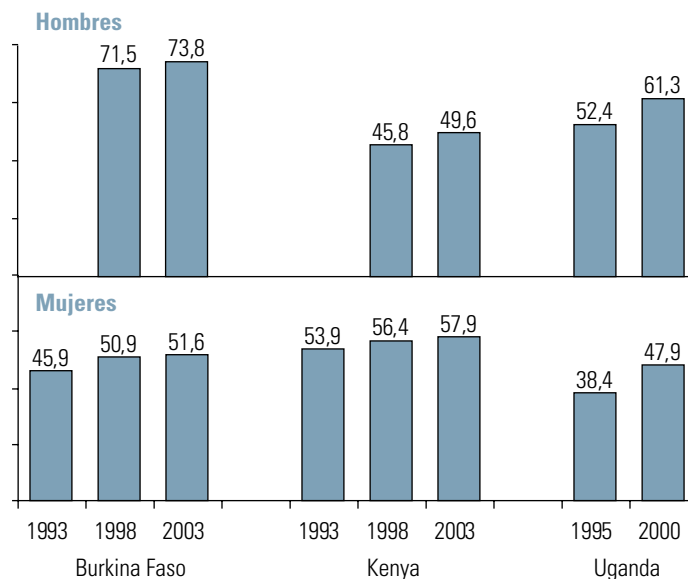
En Tamil Nadu, estado de la India, el porcentaje de mujeres en edad reproductiva casadas alguna vez que habían oído hablar del SIDA aumentó de 23% a 87% entre 1992-93 y 1998-99; el porcentaje que declaró espontáneamente que los preservativos previenen la transmisión de la

**Gráfico 3.3a: Entre los entrevistados que habían oído hablar del SIDA, porcentaje que declaró espontáneamente que utilizaba preservativos como medio de evitar el SIDA**



\* En el caso de Chad, las respuestas son las dadas a una pregunta directa sobre el uso de preservativos (respuestas no espontáneas).

**Gráfico 3.3b: Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que nunca han tenido relaciones sexuales**



Fuente: Datos de la Encuesta de Demografía y Salud (Burkina Faso, Kenya, Uganda) y DEO, 2005c (Chad).

### Recuadro 3.5: La relación entre el gasto público, los conocimientos sobre el SIDA y el recibo de información en la India

Durante el primer proyecto nacional de control del SIDA (1992-99), los gobiernos estatales y de los territorios de la unión gastaron una media de Rs. 13,1 (US\$0,29) per cápita en todos los programas de lucha contra el VIH/SIDA y de Rs. 3,2 (US\$0,07) per cápita en actividades de sensibilización del público referente a la infección por el VIH/SIDA. ¿Ha habido algún impacto en la sensibilización y los conocimientos al respecto?

Un estudio de la relación entre la sensibilización y los conocimientos a partir de la encuesta nacional de vigilancia del comportamiento en la India y los niveles de gasto estatal per cápita en control del SIDA y sensibilización del público al respecto entre 1992 y 2001 reveló que el mayor gasto estatal en programas de lucha contra el VIH/SIDA en los años noventa está vinculado a mayores conocimientos sobre la prevención del VIH y mayor acceso a los servicios pertinentes en 2001:

- Un aumento de tres rupias (US\$0,07) en el gasto público per cápita en la lucha contra el VIH/SIDA (1992-99) guarda relación con un aumento de un punto porcentual en los conocimientos sobre la prevención de la infección por el VIH/SIDA y en el recibo declarado de información general y específica sobre el uso de preservativos.
- Un aumento de tres rupias en el gasto público en actividades de sensibilización con respecto al SIDA guarda relación con

un aumento de tres puntos porcentuales en el recibo declarado de información general sobre el VIH/SIDA y específica sobre el uso de preservativos.

En el estudio se controlaron otros factores que también podrían haber afectado las actividades de sensibilización con respecto al SIDA en ese período: el estado civil y el grado de alfabetismo en el nivel estatal según el censo realizado en la India en 1991 y 2001; la renta pública (producto nacional bruto, PNB) per cápita; el alcance de la epidemia de SIDA (representada por el porcentaje de entrevistados que conocían a alguien con SIDA), y el sexo y el lugar de residencia de los entrevistados. Estos resultados indican un efecto de la información pública, pero necesitarían confirmarse con una evaluación más formal que vincule los insumos de información, educación y comunicaciones del proyecto con los cambios del conocimiento.

También se hicieron preguntas referentes a *la información errónea* sobre el SIDA en la encuesta nacional de vigilancia del comportamiento, pero no se notificaron los resultados en el informe final. La entrega de los datos a los investigadores permitiría hacer un análisis más detallado del posible efecto del gasto por concepto de información pública en la reducción de la información errónea.

Fuente: Subramanian, 2003.

infección por el VIH aumentó de 3% a 10%<sup>34</sup>. En el estado de Maharashtra (que ocupa el segundo lugar en lo que respecta al mayor monto de gastos del proyecto), los conocimientos referentes al SIDA aumentaron de 19% a 61% y las declaraciones espontáneas del uso de preservativos para la prevención aumentaron de 6% a 12% en ese período. El gasto per cápita del estado en el control de la infección por el VIH/SIDA en la India en los años noventa guarda relación con mayores niveles de conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA y con un mayor recibo de información interpersonal sobre el VIH y los preservativos en 2001 (véase el Recuadro 3.5), aunque no hubo ninguna relación entre el gasto y el comportamiento de riesgo<sup>35</sup>.

**Comportamiento de riesgo.** En Kenya, la proporción de hombres que habían usado alguna vez un preservativo aumentó de 34% a 49% entre 1993 y 2000<sup>36</sup>; la proporción de hombres con más de una pareja sexual se redujo de 27% a 19% entre 1998 y 2000, en tanto que el porcentaje que empleó preservativos en el último episodio de

relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional aumentó de 43% a 63%. En Uganda, el uso de preservativos con parejas sexuales ocasionales aumentó modestamente de 1995 a 2000 junto con el apoyo del PITS para la comercialización social de preservativos, de 20% a 38% entre las mujeres y de 36% a 59% entre los hombres.

El estado indio de Tami Nadu recibió la mayor proporción de fondos durante el primer Proyecto Nacional de Control del SIDA (1992-99). Entre 1996 y 1999, el porcentaje de camioneros de las zonas urbanas de Tami Nadu que declararon tener relaciones sexuales comerciales se redujo a la mitad, de 40% a 20%, y el uso de preservativos entre los camioneros que compraban servicios sexuales aumentó de 55% a 80% en 1999 y 94% en 2001<sup>37</sup>.

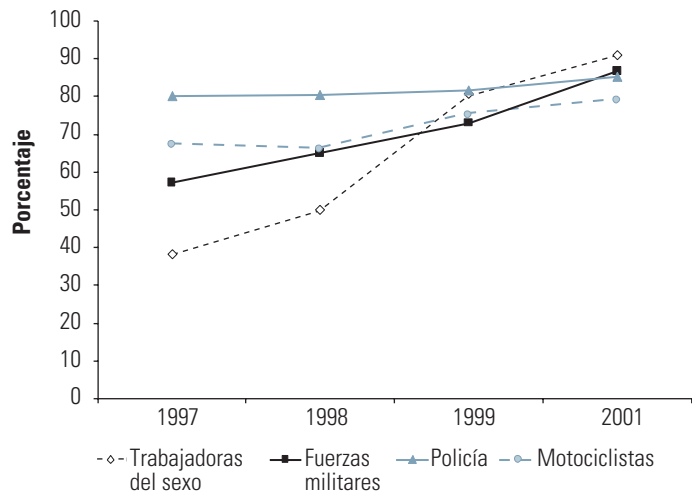
El uso constante de preservativos entre los trabajadores del sexo en las zonas urbanas de Camboya ha aumentado a más del doble, de menos de 40% a más de 90% entre 1997 y 2001 (véase el Gráfico 3.4). En el mismo período, el porcentaje de hombres expuestos a alto riesgo que usaron los servicios de trabajadoras del sexo de los

prostíbulos en los últimos 12 meses se redujo de 55% a 65% (datos de vigilancia del comportamiento del NCHADS, citados en el informe del DEO, 2004a). Con el componente de SIDA de los US\$4,9 millones del crédito del DCHDP de Camboya se financió aproximadamente la mitad de los costos del programa nacional de lucha contra el SIDA mientras duró el proyecto (1996-02), lo que recalzó el creciente uso de preservativos en los grupos de alto riesgo. Cerca de dos tercios del gasto total de Camboya en la lucha contra el VIH/SIDA en el mismo período se sufragó con fondos provenientes de los organismos de las Naciones Unidas, donantes bilaterales y multilaterales y ONG internacionales, y la mayoría se ejecutó fuera del Ministerio de Salud.

**Resultados epidemiológicos.** En varios países apoyados por el Banco se ha reducido la prevalencia del VIH en grupos específicos de la población. Sin embargo, a falta de información sobre la incidencia del VIH o la mortalidad por SIDA, es imposible interpretar esos resultados en lo que respecta a reducir la propagación del virus. En realidad, en los países como Brasil, donde un número aún mayor de pacientes de SIDA reciben tratamiento antirretroviral, se espera que la prevalencia del VIH permanezca en los niveles actuales o incluso que aumente si las actividades terapéuticas tienen éxito para reducir la mortalidad.

Las ITS en Kenya y Zimbabwe parecen haberse reducido durante el curso de los PITS. En Nairobi, la prevalencia de sífilis en las mujeres que acuden a los dispensarios de atención prenatal se redujo de 7% en 1995 a 5% en 2000. Entre 1996 y 2000, la proporción de casos notificados de flujo vaginal y uretral se redujo en comparación con otros síndromes de ITS, reducción que corresponde a un adiestramiento fortalecido y a un mejor tratamiento de los síndromes de ITS patrocinados por el proyecto. Además, la proporción de esas infecciones aumentó en 2001 cuando se redujo la disponibilidad de medicamentos después del final de proyecto (DEO, 2002, Anexo B, pág. 27, que cita la proporción de pacientes dados de alta, NASCOP, 2002). En Zimbabwe, la disponibilidad de medicamentos para tratar las ITS (con apoyo del proyecto) y la capacitación de profesionales de salud (con apoyo de otros donantes) aumentaron notablemente, en tanto que los casos notificados de ITS bacterianas se redujeron durante la vida del proyecto. No se puede discernir si esos cambios en la incidencia de ITS tuvieron

**Gráfico 3.4: Aumento del uso constante de preservativos entre los grupos de alto riesgo de las zonas urbanas de Camboya, 1997-2001**



Fuente: Datos de la encuesta de vigilancia del comportamiento del NCHADS, citados en el informe del DEO, 2004a.

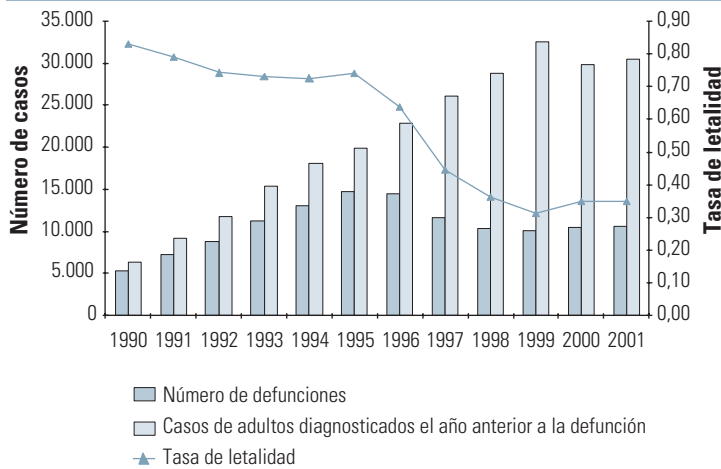
algún efecto en la incidencia de infección por el VIH en los dos países<sup>38</sup>.

**Morbilidad, mortalidad y otros resultados del SIDA en materia de bienestar.** Aunque un alto porcentaje de proyectos ha invertido en fortalecer el tratamiento y la atención de los pacientes de SIDA y, en los países duramente afectados, en asistencia a las personas con infección por el VIH/SIDA y a los huérfanos, se han recolectado pocas pruebas sobre los resultados de esas actividades. Una de las pocas excepciones es la vigilancia de los pacientes con SIDA en el programa respectivo en el Brasil. El Banco proporcionó gran apoyo para establecer y mejorar la calidad de los laboratorios e instalaciones de prueba, incluidos los servicios para evaluar y vigilar la carga viral y el estado del sistema inmunitario de los pacientes infectados por el VIH/SIDA con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia del programa nacional de tratamiento. La tasa de defunción de los pacientes con SIDA se ha reducido notablemente, en particular desde la amplia introducción del triple tratamiento antirretroviral (véase el Gráfico 3.5).

### El alcance, la calidad percibida y la pertinencia de los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA

En 1996, el presidente Wolfensohn pidió que el Banco Mundial se convirtiera en un “banco de conocimientos”. Como hemos visto en el Capítulo 2, ha habido una

**Gráfico 3.5: Reducción de la mortalidad por el SIDA en el Brasil con el tratamiento ampliado**



Fuente: FIOCRUZ y otros, 2004.

extrema falta de información sobre la mayoría de los aspectos de la epidemia del SIDA y la información disponible ha cambiado con rapidez. Además, en el campo del SIDA, el Banco encaró un problema de poca demanda de asistencia de la clientela; algunos tipos de información pueden tener un gran impacto en el logro de un compromiso. El conocimiento fue uno de los cuatro pilares de la estrategia de lucha contra el SIDA de introducción más reciente en la región de África, que incluyó varias medidas para mejorar el acceso a la información<sup>39</sup>.

Para medir el alcance de los estudios analíticos del Banco sobre el SIDA, el DEO realizó un inventario. Una revelación importante radica en que los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA no son muy accesibles, ni siquiera para el personal interno de la institución. No se anotan sistemáticamente en el sistema de archivo interno ni se reúne todo el material de una manera integral en un sitio web existente<sup>40</sup>. El inventario de estudios analíticos resumidos en el Apéndice E se basa en las respuestas a un cuestionario enviado a los jefes de equipo de los proyectos de lucha contra el SIDA y a los investigadores sobre el SIDA y de una búsqueda en bases de datos de publicaciones y documentos mantenidas por el Banco (Intranet, Business Warehouse e ImageBank), bibliografías de documentos de evaluación de proyectos de lucha contra el SIDA y sistemas de registro oficial. Debido a las convenciones irregulares de la preparación de informes y los sesgos de rememoración de datos que es dable esperar, este inventario es una lista indicativa más que definitiva.

Con los principales productos en este inventario, el DEO evaluó el grado hasta el cual los estudios analíticos del Banco sobre el VIH/SIDA llegan al público interno y externo de importancia clave, la calidad técnica percibida de esos estudios y su utilidad, por medio de encuestas realizadas para dos clases de público de importancia crítica, a saber: 1) 212 funcionarios del Banco que trabajan en los sectores de desarrollo humano y que asistieron al Foro sobre el Desarrollo Humano en noviembre de 2003<sup>41</sup>, y 2) 466 delegados en la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en África (CISEA), celebrada en Nairobi (Kenya) en sep-tiembre de 2003<sup>42</sup>. Entre las principales dimensiones de la eficacia están el reconocimiento de los estudios analíticos del Banco y el acceso a los mismos, así como su calidad percibida. El público destinatario y la utilidad percibida de determinados informes para ese

público son una medida de su pertinencia. En ambas encuestas se preguntó primero a los entrevistados si habían oído hablar de un informe en particular y, en caso afirmativo, si lo habían leído. Se pidió a todos los entrevistados que habían leído el informe que clasificaran la calidad técnica y utilidad del mismo para su trabajo<sup>43</sup>. En el Apéndice F se presenta una lista de los estudios analíticos incluidos y de los resultados detallados. A continuación se citan los principales resultados.

**Los estudios analíticos del Banco sobre el SIDA no llegan al público de mayor importancia en la comunidad afectada por el SIDA en África.** En la mayoría de los casos, el grado de reconocimiento y la frecuencia de lectura de los estudios entre las autoridades públicas eran bajos, incluso cuando éstas constituían su principal público destinatario. La situación al respecto en ese medio fue similar a la observada en las ONG nacionales y locales. Los entrevistados con el máximo grado de reconocimiento y lectura más frecuente eran otros donantes; el sector académico mostraba el mismo grado de reconocimiento de muchos de los estudios, pero había leído menos. Fue motivo de sorpresa el grado relativamente limitado de reconocimiento y el grado mínimo de lectura por parte de las ONG internacionales, que fueron sólo ligeramente mayores que los observados entre las autoridades y las ONG nacionales.

**La falta de esos informes en francés y el poco acceso a Internet son importantes barreras para un mayor acceso a ellos en África al Sur del Sahara.** Entre los delegados que llenaron un cuestionario en francés, sólo

29% podían leer artículos técnicos sobre el SIDA en inglés sin dificultad; 59% podían leerlos con dificultad y 12% no podían hacerlo. Entre los estudios publicados en francés, los entrevistados de habla francesa tenían un grado de reconocimiento igual o mayor en comparación con sus homólogos de habla inglesa, pero la lectura de los informes disponibles sólo en inglés era mucho menor en el caso de los delegados de habla francesa. Con respecto a Internet, si bien 90% de los delegados tenían un cierto grado de acceso, sólo la mitad de los entrevistados africanos tenían acceso regular (en la casa o la oficina), en comparación con 94% de quienes no eran africanos.

**Los funcionarios del Banco que deberían estar más familiarizados con los estudios analíticos multisectoriales y los conjuntos de instrumentos —particularmente los jefes de equipo de los proyectos de lucha contra el SIDA— a menudo no los conocen lo suficiente.** Aunque alrededor de 80% de los 29 jefes de equipo de los proyectos habían leído el informe de investigaciones sobre políticas del Banco titulado *Hacer Frente al SIDA*, sólo 30% había leído el manual sobre seguimiento y evaluación de los programas de lucha contra el SIDA preparado por el Banco Mundial/ONUSIDA y apenas un 55% había leído el conjunto de instrumentos de apoyo para el MAP en África<sup>44</sup>. Se ha pedido a los jefes de equipo de los proyectos del SIDA que trabajen en todos los sectores; sin embargo, solamente 30% habían leído la publicación titulada *AIDS and Education: A Window of Hope* y 35% habían leído el trabajo sobre protección social de los huérfanos y otros niños vulnerables en África.

**Es más probable que los funcionarios de desarrollo humano de la región lean los informes sobre el SIDA en sus regiones (más que los informes sobre el**

**problema mundial) y que los funcionarios sectoriales lean los informes sobre el SIDA en sus sectores.** No obstante, la frecuencia de lectura de algunos informes extrarregionales fue relativamente alta. En las cuatro regiones para las cuales hubo respuestas adecuadas del personal (África, Asia oriental, Asia meridional, Europa oriental y Asia central), un mayor porcentaje de funcionarios de desarrollo humano de Asia meridional había leído los principales informes (extrarregionales) sobre el SIDA y tenía posibilidades de haber leído sobre el SIDA en Tailandia al igual que los entrevistados de la región de Asia oriental.

**Entre los entrevistados que habían leído los informes, los miembros de la comunidad internacional y el personal de desarrollo humano del Banco les asignaron una alta calificación por su calidad técnica y utilidad.** La mitad o un poco más de la mitad de los entrevistados del Banco calificaron la calidad de ocho de 10 informes como alta o muy alta, y 70% o más de ellos asignaron a cuatro informes una calificación de calidad alta o muy alta. Entre los entrevistados de la CISEA, las calificaciones de la calidad técnica fueron aún mayores, y de 60% a 79% de ellos asignaron una calificación alta o muy alta. De 31% a 65% de los funcionarios del Banco asignaron a los 10 estudios una calificación de útil o uno de los más útiles, pero sólo tres estudios recibieron esa calificación de más de 50% de ellos. Los entrevistados de la CISEA opinaron que los documentos eran mucho más útiles en comparación con los funcionarios del Banco y de 57% a 75% de ellos les asignaron la calificación de muy útil o sumamente útil. En ese grupo, 70% o más de los entrevistados asignaron una calificación de muy útil o sumamente útil a cinco de los 12 documentos, y 60% o más asignaron esa calificación a otros cinco.

#### **Capítulo 4: Puntos esenciales de la evaluación**

- El MAP en África ha logrado que más de dos docenas de países inicien importantes actividades de lucha contra el SIDA.
- La voluntad política ha aumentado, el número de participantes ha crecido y las actividades se están intensificando.
- El MAP se basa en las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA para establecer las prioridades, pero en la mayoría de las estrategias no se asignan prioridades a las actividades ni se fijan sus costos.
- El diseño del MAP preveía un aumento de la supervisión y del S&E de otros proyectos, pero aparentemente no sucede así.
- La sociedad civil participa, pero los objetivos no son claros, generalmente no hay un orden de prioridad entre las actividades y no se tiene en cuenta la relación costo-eficacia.
- Los mecanismos de movilización política tal vez no sean adecuados para asegurar una aplicación eficiente y eficaz del programa.
- Es demasiado pronto para determinar si se han mitigado esos riesgos y si los proyectos están logrando sus objetivos.





# Un análisis de la asistencia en marcha: el Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África

Desde septiembre de 2000 hasta finales de 2004 se aprobaron 29 proyectos del MAP en África para distintos países, los que representaban compromisos por un valor aproximado de US\$1.000 millones, de los cuales se habían desembolsado unos US\$255 millones<sup>1</sup>. Como todos ellos son proyectos activos y algunos se han puesto en marcha sólo recientemente, todavía no se dispone de información sobre su eficacia. A medida que se vayan terminando, el DEO los examinará separadamente y en profundidad, en el marco de las evaluaciones de proyectos. En el presente capítulo se examinan los objetivos del MAP en África, las hipótesis en que éstos se basan y la validez de las hipótesis, a partir de la información proporcionada en los capítulos anteriores. A continuación se hace un análisis del diseño y los riesgos del programa, tomando como fundamento los datos obtenidos de la ejecución hasta la fecha.

Para el análisis realizado en el presente capítulo se utilizan las comprobaciones y las enseñanzas de la primera generación de proyectos concluidos (sobre la base de los informes de evaluación de resultados de los proyectos y los estudios de casos) que se exponen en los capítulos anteriores; un examen de los documentos del programa y los proyectos (incluidas las autoevaluaciones patrocinadas por ACTAfrica); el estudio del caso de Etiopía realizado por el DEO sobre el terreno; los datos sobre ejecución de proyec-

tos hasta la fecha obtenidos de los actuales jefes de equipo de los proyectos<sup>2</sup>, los programas de asistencia especial y otros sistemas de datos internos; las entrevistas realizadas a los jefes de los equipos de los proyectos y a los directores a cargo de las operaciones de los países para conocer su opinión sobre cuestiones fundamentales relativas al diseño y la ejecución del programa (véanse los Apéndices I y J); un examen documental de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA en 21 países que participan en el MAP y en

#### Recuadro 4.1: El diseño y los criterios de admisibilidad del MAP en África

El primero y el segundo MAP en África tenían un presupuesto de \$500 millones cada uno a partir del cual los distintos países o los programas regionales podían acceder a los recursos de la AIF, a condición de que cada país cumpliera ciertos criterios de admisibilidad. Está previsto que los proyectos representen la primera etapa de un compromiso de ayuda durante 10 a 15 años para luchar contra el VIH/SIDA en el continente.

La estrategia y el modelo de proyecto se centran especialmente en establecer los mecanismos necesarios para que “las cosas se hagan” y relativamente menos en lo que se debería hacer. El MAP intenta acelerar la aplicación mediante un diseño de proyecto que asegure: la intensificación de la voluntad política; actividades y coordinación multisectoriales; un aumento sustancial de los recursos financieros; la creación de la infraestructura fiduciaria necesaria para acelerar los desembolsos, con la subcontratación de las actividades esenciales para la gestión de los proyectos, en caso necesario, y la canalización directa de una gran proporción de los fondos para proyectos a las ONG y las comunidades.

Los países que deseen participar en el MAP en África deben cumplir cuatro condiciones de admisibilidad (Banco Mundial, 2000b):

- Pruebas de que abordan el problema del SIDA con criterio estratégico, establecido en forma participativa, o que tienen un proceso participativo de planificación estratégica en marcha, con una hoja de ruta y plazos definidos
- Existencia de un órgano de alto nivel encargado de coordinar las actividades sobre el VIH/SIDA, con amplia represen-

tación de los principales interesados de todos los sectores, entre ellos las personas que viven con el VIH/SIDA

- Compromiso del gobierno de adoptar providencias para una ejecución rápida, como la distribución directa de las donaciones a las comunidades, la sociedad civil y el sector privado<sup>a</sup>
- Acuerdo del gobierno de utilizar múltiples organismos de ejecución, especialmente ONG y OBC.

Si se cumplen esas condiciones, el MAP se compromete a financiar toda la estrategia nacional de lucha contra el VIH/SIDA. En un anexo del documento de evaluación *ex ante* de los proyectos del MAP se ponen de relieve diferentes prioridades para los países con epidemias concentradas y generalizadas, pero no se intenta asignar un orden de prioridad a las actividades ni a los objetivos de la ejecución; se supone que ello ya se hizo al formular la estrategia nacional. Los componentes de la gran mayoría de los proyectos del MAP están organizados en torno al financiamiento de un organismo de ejecución —por ejemplo, el sector público y la sociedad civil— más bien que al tipo de intervención u objetivo. De los primeros 24 proyectos del MAP en África, sólo cuatro tienen componentes que denotan el tipo de actividad u objetivo<sup>b</sup>.

El propósito de utilizar un modelo para los proyectos es agilizar la preparación de éstos. En compensación, se supone que los proyectos tendrán un coeficiente presupuestario más alto para supervisión, un fuerte componente de S&E (equivalente a entre el 5% y el 10% de los costos) que refuerce el “aprendizaje con la práctica”, y ajustes en mitad de la ejecución.

a. Durante el MAP II, dicho compromiso se reforzó, estipulándose que la subcontratación de las principales actividades de ejecución sería la norma y que el gobierno convenía en “distribuir los fondos directamente a las comunidades, la sociedad civil y el sector privado, y en tener establecidos mecanismos de adquisición eficaces” (Banco Mundial, 2001b, pág. 15).

b. Los componentes orientados a las actividades son: gestión de los conocimientos (Ghana); intervenciones dirigidas (Burkina Faso); huérfanos (Burundi), y tres componentes del proyecto de Malawi sobre prevención y promoción, tratamiento, atención y apoyo, y mitigación del impacto. Malawi es además el único país en que el proyecto del MAP tiene un componente dedicado exclusivamente al seguimiento, la evaluación y la investigación. (En la mayoría de los demás proyectos, esta función está incorporada en el componente de gestión o coordinación).

cinco que no participan, y la reciente evaluación del desarrollo de base comunitaria e impulsado por la comunidad, realizada por el DEO (OED, 2005a).

### Los objetivos, el diseño y los riesgos del MAP en África

**El objetivo primordial del MAP en África es prevenir la infección por el VIH y mitigar sus efectos.** De conformidad con los documentos de diseño, la meta de la primera etapa de entre 10 y 15 años de duración del programa de apoyo es “intensificar la acción contra la epidemia en el mayor número posible de países”, con dos objetivos

explícitos: a) ampliar los programas de prevención, atención, apoyo y tratamiento, y b) preparar a los países para hacer frente a los efectos de los que contraigan SIDA en los 10 años siguientes<sup>3</sup>. El objetivo de desarrollo del primer presupuesto de US\$500 millones (MAP I), aprobado en septiembre de 2000, es aumentar el acceso a los programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA, muy especialmente para los grupos vulnerables (como los jóvenes, las mujeres en edad de procrear y otros grupos de alto riesgo). El MAP II, aprobado en febrero de 2002, tenía además como objetivo: i) ensayar terapias antirretrovirales en forma experimental, y ii)

**Cuadro 4.1: Vinculación de la estrategia y los mecanismos del MAP a la eficacia en términos de desarrollo**

Medida de la eficacia en términos de desarrollo	Objetivo	Mecanismos del MAP para asegurar el cumplimiento del objetivo	
		Criterios de admisibilidad	Característica del diseño del proyecto
Pertinencia	Crear voluntad política	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoque participativo de la formulación de la estrategia</li> <li>Órgano de coordinación de alto nivel</li> <li>Compromiso de adoptar medidas para una ejecución rápida y de establecer múltiples organismos de ejecución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogo de alto nivel sobre políticas</li> <li>Respuesta multisectorial (compromiso de otros sectores además del sector de la salud)</li> <li>Participación de las ONG, las CBO, las comunidades (movilización política)</li> </ul>
	Implementar actividades apropiadas para la etapa de la epidemia, adaptadas a las condiciones locales, técnicamente racionales, de acuerdo con las políticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia nacional de lucha contra el SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizaje con la práctica y un sólido sistema de S&amp;E</li> </ul>
Eficacia	Ampliar el alcance de las intervenciones		<ul style="list-style-type: none"> <li>Más financiamiento</li> <li>Mayor número de participantes en la ejecución (otros sectores además del sector de la salud, la sociedad civil)</li> </ul>
	Ejecutar las intervenciones más eficaces	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia nacional de lucha contra el SIDA<sup>a</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento, evaluación, investigación</li> </ul>
Eficiencia	Economizar la escasa capacidad a corto plazo y ampliarla a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso de adoptar medidas para una ejecución rápida y de establecer múltiples organismos de ejecución</li> <li>Órgano de coordinación de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovechar la capacidad de otros ministerios, las ONG, las OBC</li> <li>Actividades de fortalecimiento de la capacidad</li> <li>Contratación externa de las funciones de gestión</li> </ul>
	Fijar un orden de prioridad a las actividades para asegurar la eficacia en función de los costos y una asignación eficiente de los recursos (financiar bienes públicos, abordar las externalidades)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia nacional de lucha contra el SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizaje con la práctica: seguimiento, evaluación, investigación</li> </ul>
Desarrollo institucional <sup>b</sup>	Mejorar la coordinación intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Órgano de coordinación multisectorial de la lucha contra el VIH/SIDA</li> </ul>	
	Crear mecanismos para conseguir la participación de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso de establecer múltiples organismos de ejecución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil</li> </ul>
	Garantizar la transparencia y la responsabilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos fiduciarios</li> </ul>
Sostenibilidad <sup>c</sup>	Voluntad política e identificación de la sociedad civil con los proyectos	<ul style="list-style-type: none"> <li>[Véase voluntad política, <i>supra</i>]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[Véase voluntad política, <i>supra</i>]</li> </ul>
	Capacidad de recuperación financiera, económica y técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia nacional de lucha contra el SIDA</li> </ul>	

a. El enfoque también partía del supuesto de que la eficacia de las intervenciones piloto en el plano local había quedado demostrada.

b. La capacidad de un país de hacer un uso más eficiente, equitativo y sostenible de sus recursos humanos, financieros y naturales mediante: i) una mejor definición de los mecanismos institucionales y una mayor estabilidad, transparencia, aplicabilidad y previsibilidad de los mismos, y ii) una mejor armonización de la misión y la capacidad de una organización con su mandato.

c. La capacidad de recuperación frente a los riesgos de las corrientes de beneficios netos a través del tiempo, en particular la capacidad de recuperación técnica, financiera, económica, social y ambiental; la identificación del gobierno y otras partes interesadas con el programa; el apoyo institucional, y la capacidad de recuperación frente a las influencias externas.

prestar apoyo a las iniciativas transfronterizas. Cada uno de los proyectos para los países tiene asimismo objetivos de desarrollo específicos “enunciados en los planes estratégicos nacionales”<sup>4</sup>. El MAP ha combinado el uso de “criterios de admisibilidad” de los países con un modelo de diseño de proyecto para alcanzar esas metas y objetivos (véase el Recuadro 4.1).

La estrategia y los mecanismos del MAP se pueden relacionar con los elementos de la eficacia en términos de desarrollo utilizados por el DEO, a saber, pertinencia, eficacia, eficiencia, desarrollo institucional y sostenibilidad (véase el Cuadro 4.1)<sup>5</sup>. Con la mayor parte de los criterios de admisibilidad y de las características del diseño de los proyectos se procura obtener una movilización y una voluntad política amplias (que afectan tanto a la pertinencia como a la sostenibilidad de las actividades) y conseguir la participación de la sociedad civil y de los interesados de todos los sectores en la ejecución (lo que se traduce en un mayor acceso a los servicios). Varios mecanismos tienen por objeto economizar la escasa capacidad, mejorando la eficiencia mediante la contratación externa de las funciones de administración y fiduciarias, por ejemplo. Para garantizar la eficacia técnica, la eficacia en función de los costos y la asignación eficiente de los recursos, el enfoque del MAP depende en gran medida de tres criterios y características del diseño: la rigurosidad de la estrategia nacional de lucha contra el SIDA, el supuesto de que se han ensayado los proyectos piloto, y la aplicación de un sistema intensivo de S&E y del aprendizaje con la práctica. A diferencia de los proyectos anteriores sobre el SIDA, la gestión o coordinación de los proyectos del MAP corresponde en la mayoría de los casos a un órgano multisectorial, y las actividades del Ministerio de Salud se financian a través de ese órgano<sup>6</sup>.

**El MAP en África fue clasificado de programa de alto riesgo en los documentos de diseño, y se adoptaron medidas para mitigar los riesgos principales mediante los criterios de admisibilidad y el diseño del programa.**

Se dijo que los principales riesgos eran la lentitud de la ejecución y la baja cobertura de las intervenciones, debidas a la escasez de voluntad política y de capacidad de ejecución<sup>7</sup>. En la propuesta de MAP II también se reconoció el riesgo de que el componente basado en la comunidad acentuara las desigualdades existentes, en particular con respecto a la aplicación de la terapia antirretroviral.

**Sin embargo, varios riesgos relacionados con la eficacia técnica, la eficiencia y la sostenibilidad no fueron evaluados en los documentos de diseño del MAP.** Entre ellos se cuentan los riesgos siguientes:

- Que los planes estratégicos nacionales, que son los planes iniciales detallados de las actividades que se han de financiar, no dirijan los recursos hacia las actividades que producen mayor impacto o no hayan evaluado suficientemente la sostenibilidad del programa. Ello podría resultar en: a) la asignación de la escasa capacidad a actividades menos eficaces, eficientes o sostenibles, incluso aquellas que son las menos objetables políticamente y que no abordan las principales motivaciones de la epidemia, o b) el apoyo de actividades insostenibles, con consecuencias adversas para el apoyo y la viabilidad a largo plazo de las ONG y la sociedad civil y, en el caso de los programas de tratamiento, para la creación de resistencia al virus.
- Que las comunidades no sepan “qué es lo mejor” en términos de ejecución de las intervenciones y seleccionen las que son poco eficaces, que no aprovechan las ventajas comparativas en materia de ejecución y para las cuales carecen de competencia técnica. Las grandes transferencias pueden resultar en una mala distribución de los recursos dentro de la comunidad, la expectativa de nuevas transferencias y el acaparamiento de las transferencias por grupos selectos.
- Que las comisiones multisectoriales que se ocupan del SIDA traten de ejecutar en lugar de coordinar, y aumenten los trámites burocráticos, entorpeciendo la respuesta y el desarrollo institucional de los ministerios de mayor importancia que ya participan, como el Ministerio de Salud, y de las Fuerzas Armadas. La escasa capacidad de algunos sectores se puede desviar de las importantes actividades de reducción de la pobreza para las que tienen un mandato y capacidad, hacia actividades de lucha contra el SIDA de reducido impacto, para las cuales carecen de capacidad o de ventaja comparativa en cuanto a la ejecución.
- Que la intensificación de las actividades de S&E y de supervisión, que debía servir de compensación al análisis técnico más minucioso de las actividades durante la preparación, no se lleve a cabo —como ha ocurrido en muchos proyectos anteriores sobre el SIDA—, como resultado de lo cual el aprendizaje con la práctica no será mucho y la eficacia y eficiencia se reducirán.

Teniendo en cuenta la poca eficacia con que se ha aplicado el S&E en los anteriores proyectos de lucha contra el SIDA y de salud, nutrición y población, la falta de experiencia del Banco en trabajar a través de comisiones multisectoriales sobre el SIDA<sup>8</sup>, y las comprobaciones del DEO en sus evaluaciones sobre la eficacia o la

sostenibilidad de los fondos de desarrollo de base comunitaria y de desarrollo impulsado por la comunidad, y los fondos sociales, esos cuatro riesgos fundamentales se debieron calificar de *altos*. No había elementos en el diseño de todo el MAP que permitieran mitigarlos, lo que teóricamente podría comprometer la eficacia aun si aumentara la ejecución.

### ¿Eran válidos los supuestos?

La especial atención prestada por el MAP a la rápida intensificación de las intervenciones se basó en el supuesto, primero, de que los anteriores intentos de luchar contra el SIDA en África no habían dado resultado, y segundo, de que ese fracaso obedecía a cinco razones principales: a) un financiamiento insuficiente, b) la falta de voluntad política, c) el hecho de no haber logrado una cobertura más amplia de las intervenciones piloto satisfactorias, d) la incapacidad de hacer llegar recursos a las comunidades, y e) un enfoque demasiado exclusivo en el sector de la salud como agente principal. Implícita en la tercera razón se encuentra un sexto supuesto: que en cada país las intervenciones piloto han sido evaluadas, han sido declaradas eficaces y se prestan para ser repetidas en mayor escala.

**Los datos obtenidos de esta evaluación otorgan plena validez a la hipótesis de que la falta de voluntad política fue el obstáculo más importante para la acción, no sólo en África sino en todas las regiones en desarrollo.** La falta de financiamiento y el hecho de no haber logrado una cobertura más extensa de los servicios, citados como obstáculos separados por el MAP, también eran válidos, pero eran esencialmente una consecuencia de la falta de voluntad política. En el curso de su estudio de la respuesta del Banco al SIDA, el DEO no encontró ningún caso en que un cliente hubiera solicitado ayuda para luchar contra el VIH/SIDA y el Banco no se la hubiera dado. Los intentos de ayudar a luchar contra el VIH/SIDA a países en que la voluntad política era insuficiente (como Indonesia y Zaire) no fructificaron. La enorme importancia atribuida por el MAP a la voluntad y la movilización políticas en el diseño se justificaba, dado el poco éxito obtenido hasta ese momento con los intentos de conseguir la participación de los países africanos.

**Sin embargo, varios otros supuestos no han sido confirmados satisfactoriamente. El primero de ellos es que los esfuerzos desplegados en el pasado para controlar la epidemia en África no han dado resultado.** Por una parte, no había en ese momento, ni tampoco hay actualmente, muchos datos sobre la medida en que la

trayectoria de la epidemia era diferente de lo que habría sido sin la intervención de los gobiernos o los donantes. Salvo en el contexto de algunos estudios, no se ha seguido el rastro de la incidencia del VIH y la morbilidad causada por el SIDA en África al sur del Sahara, y son pocas las encuestas basadas en la población que hayan seguido el comportamiento de ésta a través del tiempo. Ningún estudio ha logrado establecer un vínculo convincente entre los productos de los programas gubernamentales de lucha contra el SIDA y de los donantes y esos resultados a escala nacional. Por otra parte, la asistencia prestada por el Banco a Burkina Faso, Chad, Kenya y Zimbabwe en la lucha contra el VIH/SIDA ha alcanzado en gran parte sus objetivos. Se ejecutaron varias intervenciones esenciales a nivel nacional, si bien en algunos casos se estimó que éstas no eran sostenibles<sup>9</sup>. Se logró un desarrollo institucional considerable en Burkina Faso (para el componente de SIDA), Chad, Kenya y Uganda. Evidentemente, las medidas que se tomaron para luchar contra la epidemia en todo el continente fueron muy pocas, pero al menos en los países estudiados por el DEO en los que el Banco intervino a escala nacional, por lo general en colaboración con otros donantes, no sería correcto decir que los esfuerzos han sido “infructuosos”.

**El DEO no logró hallar pruebas en apoyo del supuesto de que la falta de éxito de la lucha contra el SIDA en África se debe al hecho de no lograr hacer llegar recursos a las comunidades.** El no haber logrado movilizar el apoyo político de las comunidades en algunos casos en el pasado puede haber significado perder la oportunidad de generar una voluntad política a más alto nivel; sin embargo, en la mayoría de los estudios de casos sobre generación de un compromiso de alto nivel no se habla de generar el impulso desde la base ni de financiamiento de las comunidades. Brasil es la principal excepción. En ese caso, la movilización política desde la base para luchar contra el SIDA fue producto de un movimiento autóctono de democratización que se produjo en el decenio de 1980; la política sobre el SIDA no precipitó ese movimiento. Mientras que indudablemente hay ejemplos de intervenciones de lucha contra el VIH ejecutadas con éxito por las comunidades, el DEO no encontró pruebas de que las intervenciones de lucha contra el SIDA impulsadas por la comunidad fueran sistemáticamente más eficaces o más económicas que las ejecutadas por las ONG, el gobierno, o incluso el sector privado.

**Tampoco ha llegado el DEO a la conclusión de que la importancia excesiva atribuida al sector de la salud haya sido una razón de la falta de éxito.** Aunque tal vez

sea cierto que otros sectores importantes podrían utilizar más recursos para luchar contra la epidemia, el DEO no encontró indicaciones de que la redistribución de recursos del sector de la salud a otros sectores hubiera aumentado la eficacia de la respuesta en los países estudiados. El DEO no encontró ningún caso en que la respuesta de otros sectores haya sido tan vigorosa como la del sector de la salud, y en la mayoría de los casos los Ministerios de Salud han colaborado con los organismos públicos más importantes de otros sectores<sup>10</sup>. En la medida en que la respuesta al SIDA se deja en manos de una unidad de bajo nivel dentro del Ministerio de Salud con una capacidad insuficiente, ello denota la baja prioridad que se asigna a la lucha contra el SIDA y el escaso apoyo político con que ésta cuenta. La ayuda del Banco al fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud mejoró la respuesta al SIDA cuando había voluntad política. El DEO no ha encontrado ejemplos de una respuesta vigorosa que haya pasado por alto al sector de la salud o que haya estado encabezada por un sector distinto del de la salud.

**El supuesto de que muchas actividades piloto han sido evaluadas a nivel local, han sido declaradas eficaces y se prestan para ser repetidas en mayor escala no encuentra mucho apoyo entre los jefes de los equipos de los proyectos entrevistados.** En el 42% de los países participantes en el MAP en África, los jefes de los equipos de los proyectos no sabían que se hubieran realizado anteriormente pruebas locales de intervenciones piloto contra el VIH/SIDA apropiadas para ser repetidas en mayor escala. En el 58% restante informaron que se habían ensayado localmente menos de cuatro intervenciones. En más de la mitad de esos casos se citó un solo proyecto piloto. Aproximadamente en la tercera parte de los casos, uno de los proyectos piloto era una intervención de tipo desarrollo comunitario que no necesariamente abordaba en forma directa la cuestión del VIH/SIDA.

Hubo dos obstáculos importantes para el logro de mejores resultados en la primera generación de asistencia que no están incluidos entre los supuestos explícitos de los documentos de diseño del MAP: a) *la capacidad gravemente limitada* dentro del gobierno y la sociedad civil, y b) *los conflictos, la inestabilidad política* y los problemas de *gobernanza*. El MAP aborda las limitaciones de la capacidad mediante mecanismos destinados a acelerar los desembolsos y subcontratar algunas actividades de gestión, y mediante componentes de los proyectos cuya finalidad es crear capacidad en gran escala<sup>11</sup>. Los

conflictos, la inestabilidad política y los problemas de gobernanza son causa de los resultados insatisfactorios de los proyectos en Haití y el Zaire, y de que no se negociara el proyecto sobre infecciones de transmisión sexual en Nigeria, que estaba completamente preparado. Entre los proyectos concluidos, hasta el momento no hay ejemplos de apoyo prestado por el Banco a la adopción de una estrategia eficaz de lucha contra el SIDA en países en que hay conflicto civil o que se encuentran en mora, aunque posiblemente sean esos países los más susceptibles a una rápida propagación del VIH.

### Datos sobre la ejecución hasta la fecha<sup>12</sup>

**La preparación de los proyectos —que normalmente podría haber llevado uno o dos años para cada proyecto— se redujo en forma considerable, pero con consecuencias para el lapso transcurrido entre la aprobación del proyecto y su entrada en vigor** (véase el Recuadro 4.2). El MAP compensa la rapidez de la preparación con un diseño del proyecto que se basa en la rigurosidad técnica del plan estratégico nacional, en el aprendizaje con la práctica y en una supervisión más intensa<sup>13</sup>. Aunque más del 80% de los jefes de equipo de los proyectos del MAP I estimó que el tiempo de preparación era suficiente para que el país adoptara el proyecto como propio, hay señales de que se recortaron importantes actividades. Sólo el 58% de los jefes de los equipos de los proyectos del MAP I informaron que el tiempo era suficiente para lograr que el diseño del proyecto fuese de buena calidad, por ejemplo. En el primer examen de situación realizado conjuntamente por el Banco Mundial y el ONUSIDA en junio y julio de 2001 se determinó que las considerables demoras entre la aprobación de los proyectos del MAP I y su entrada en vigor eran resultado en parte de una preparación insuficiente (Banco Mundial, 2001c). En el examen se recomendó que los manuales de operaciones, los programas de ejecución en el primer año, y el proceso de solicitud y examen de las donaciones de la comunidad quedaran terminados antes de la aprobación del proyecto.

Como resultado de esas y otras medidas orientadas a mejorar la preparación de los proyectos, el tiempo de preparación de los proyectos del MAP II se duplicó en comparación con el MAP I, pero el lapso transcurrido entre la preparación y la entrada en vigor se redujo. Era más probable que los jefes de los equipos de los proyectos del MAP II informaran que habían llevado a cabo un análisis institucional o una evaluación de la capacidad de las ONG durante la preparación del proyecto que los jefes

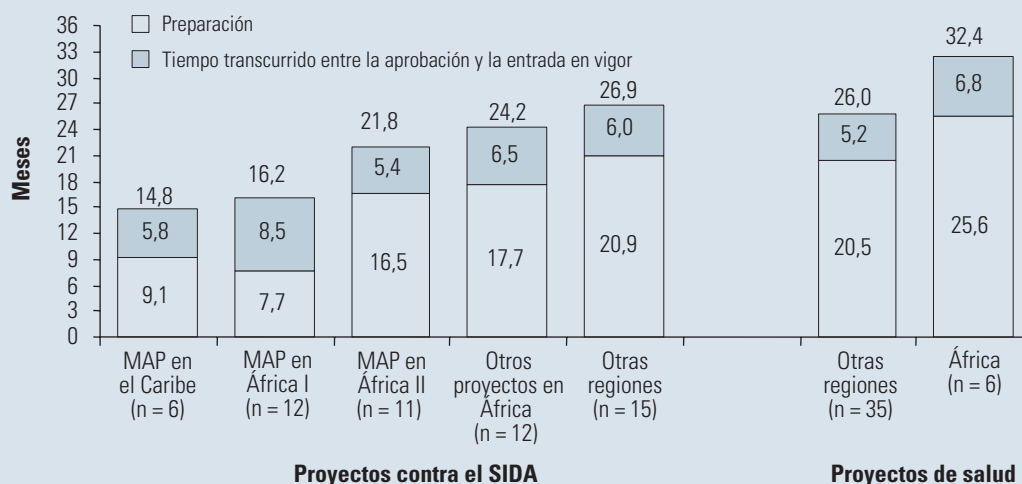
**Recuadro 4.2: ¿Redujo el MAP el tiempo de preparación de los proyectos?**

Una de las razones importantes para utilizar un modelo para el diseño de proyectos del MAP en África fue acelerar la ejecución reduciendo el tiempo transcurrido desde la identificación del proyecto hasta su aprobación por el Directorio (preparación). El DEO comparó el tiempo de preparación y el tiempo transcurrido desde la aprobación hasta la entrada en vigor<sup>a</sup> de 56 proyectos de lucha contra el SIDA concluidos y activos (23 de los cuales eran proyectos del MAP) con 61 proyectos de salud concluidos o activos (no relacionados con el SIDA) en los mismos países.

En los seis proyectos del MAP en el Caribe se observó el tiempo total más corto entre la identificación y la entrada en vigor (14,8 meses), seguidos de los proyectos del MAP I (16,2 meses, véase el gráfico). Sin embargo, el tiempo total aumentó a 21,8 meses en los proyectos del MAP II en África. Los 12 proyectos del MAP I en África tuvieron el tiempo de preparación más corto de todos los grupos de proyectos sobre el SIDA (7,7 meses), pero también el tiempo más largo desde la aprobación hasta la entrada en vigor (8,5 meses). El tiempo de preparación aumentó al doble, 16,5 meses, durante el MAP II, aunque eso parece haber reducido en un 40% aproximadamente el tiempo transcurrido hasta la entrada en vigor. El tiempo total transcu-

rrido entre la identificación y la entrada en vigor de los proyectos del MAP II es sólo unos dos meses más corto que el de otros proyectos sobre el SIDA en África y cinco meses más corto que el de los proyectos sobre el SIDA en otras regiones. Las tres cuartas partes de los proyectos sobre el SIDA no pertenecientes al MAP en África eran proyectos de salud o protección social con un componente de lucha contra el SIDA, que exigían preparación de todas las actividades, lo que tal vez explica el tiempo de preparación más largo.

En los proyectos de lucha contra el SIDA de todo el mundo, el tiempo total transcurrido entre la identificación y la entrada en vigor también era considerablemente más corto (21,7 meses) que en los proyectos de salud (no relacionados con el SIDA) en los mismos países (28,7 meses, cifra no indicada). Esto se debe sobre todo a que la preparación de los proyectos contra el SIDA en África tardaba un año menos (13,9 meses, en comparación con 25,6 meses en los proyectos de salud de África). Si se excluye a los proyectos de lucha contra el SIDA en África y los proyectos del MAP en el Caribe, los proyectos de salud y de lucha contra el SIDA en otras partes del mundo tardan aproximadamente el mismo tiempo en avanzar desde la identificación hasta la entrada en vigor (26 a 27 meses).



a. "Entrada en vigor" es un término jurídico que se refiere al momento en que el prestatario puede comenzar a girar fondos de los préstamos del Banco Mundial. El prestatario debe obtener la aprobación del convenio de préstamo o crédito a través de los procedimientos de su propio gobierno, y se deben cumplir todas las condiciones especiales estipuladas en el convenio.

de los equipos de los proyectos del MAP I. Sólo el 17% de los jefes de equipo de los proyectos informó que se habían realizado estudios analíticos con anterioridad a la aprobación de los proyectos del MAP I, y aunque ese número aumentó al 42% en el caso del MAP II, seguía siendo relativamente bajo.

**Es difícil decir si la supervisión de los proyectos del MAP en África ha sido más intensiva que la de los proyectos ordinarios<sup>14</sup>.** Por una parte, la supervisión de los proyectos del MAP I con cargo al presupuesto del Banco no parece haber sido más intensiva que la de los proyectos de salud corrientes. El DEO comparó los gastos

de supervisión de los proyectos del MAP I con cargo al presupuesto del Banco en ocho países, uno y dos años después de la entrada en vigor de los proyectos, con los gastos de supervisión de 11 proyectos de salud en ejecución en los mismos países. En promedio, los gastos de supervisión dentro de los primeros 12 meses fueron superiores en un 39% en los proyectos de salud que en los proyectos del MAP<sup>15</sup>. Después de dos años, los gastos de supervisión acumulativos de los proyectos de salud fueron superiores en un 10% a los de los proyectos del MAP. Si se comparan los proyectos país por país, en seis de los ocho países los gastos de supervisión de los proyectos del MAP a partir de la entrada en vigor de éstos fueron similares o inferiores a los gastos de los proyectos de salud. Sin embargo, en estas estadísticas no se incluye la supervisión procedente de otras fuentes, como el apoyo del equipo de ACTAfrica o las actividades de supervisión financiadas con cargo a fondos fiduciarios. Ello no obstante, casi todos los jefes de los equipos de los proyectos del MAP I informaron que los fondos presupuestarios del Banco asignados a actividades de supervisión eran suficientes para garantizar un mínimo de calidad; sin embargo, sólo siete de 12 jefes de los equipos de los proyectos informaron que los recursos destinados a supervisión eran suficientes para los países participantes en el MAP II.

**Se han subcontratado funciones esenciales en un número de proyectos del MAP menor del previsto, pero en los casos en que ello se ha hecho, los jefes de los equipos de los proyectos estiman que la ejecución se ha acelerado.** Los jefes de los equipos de los proyectos informaron que en alrededor de la mitad de los proyectos no se habían subcontratado las funciones de gestión financiera o adquisición y que en alrededor del 15% no se había subcontratado la gestión de ONG ni el S&E. Sin embargo, entre los proyectos que habían subcontratado total o parcialmente esas funciones, entre el 86% y el 92% de los jefes de los equipos de los proyectos informaron que la subcontratación había acelerado la ejecución del proyecto. Se han elaborado procedimientos más sencillos y un manual de operaciones para el prototipo de proyecto del MAP, lo que ofrece posibilidades de simplificar y acelerar la ejecución (Brown y otros, 2004). Una comparación de las tasas de desembolso de los proyectos del MAP I y de los proyectos de salud, nutrición y población en 11 países indica que, en promedio, los desembolsos han sido algo más rápidos en los proyectos del MAP, si bien hay una gran dispersión alrededor de las líneas tendenciales de los dos grupos (véase el Gráfico 4.1)<sup>16</sup>. Si se hace una compara-

ción de las tasas de desembolso país por país, se observa que en seis de los 11 países los fondos para los proyectos del MAP se desembolsaron más rápidamente que los fondos para los proyectos de salud, nutrición y población, que en dos países las tasas de desembolso fueron prácticamente iguales, y que en tres países los resultados variaron dependiendo del tiempo transcurrido<sup>17</sup>.

**Los proyectos del MAP han contribuido a crear mecanismos para que los gobiernos financien a las ONG y OBC e inviertan en capacidad para ejecutar las intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA.** Los jefes de equipo de los proyectos informaron que en ocho de 19 proyectos el gobierno no había estado financiando a ONG ni OBC con anterioridad al proyecto, e incluso había un caso en que los mecanismos existían pero nunca habían sido utilizados. Se cree que en siete de esos casos el MAP creó los mecanismos. Los jefes de los equipos de los proyectos del 58% de los 19 proyectos del MAP informaron que pocas o ninguna de las ONG nacionales tenía la capacidad necesaria para diseñar, administrar y evaluar programas de lucha contra el VIH/SIDA antes del proyecto.

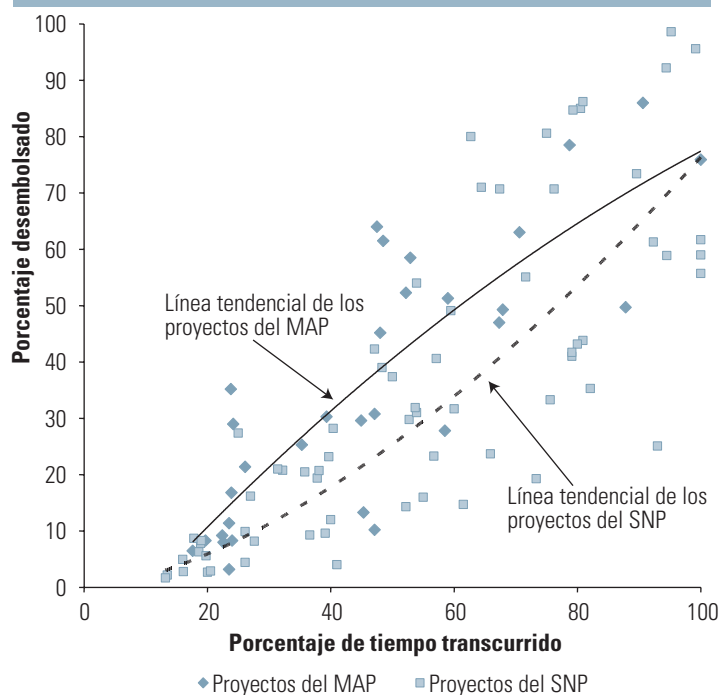
**Se ha conseguido hacer participar a gran número de agentes en la ejecución.** Según los jefes de los equipos de los proyectos, los primeros 24 proyectos del MAP prestan apoyo a un promedio de 16 ministerios; 10 de los 24 proyectos prestan apoyo a entre 20 y 30 ministerios técnicos, y las dos terceras partes apoyan a 10 o más ministerios. Además, en consonancia con la estrategia para la región de África, más de las tres cuartas partes de los países africanos que participan en el MAP tienen proyectos financiados por el Banco Mundial en otros sectores con actividades y componentes de lucha contra el SIDA. La mayoría de éstos no son componentes formales y, por lo tanto, su seguimiento es difícil; los recursos de supervisión pueden no ser suficientes para asegurar su eficacia (véase el Recuadro 4.3). Un análisis de los proyectos de lucha contra el SIDA y los proyectos de educación determinó que es más probable que los recursos del MAP para el sector de educación sean utilizados en países que tienen componentes sobre el SIDA en las actividades de educación en marcha, si bien la supervisión en ambos casos es deficiente (Bakilana y otros, 2005)<sup>18</sup>. El número de ONG y OBC que participa en los proyectos del MAP en África es sustancialmente superior al que participó en la primera generación de proyectos (véase el Cuadro 4.2)<sup>19</sup>.

**Se dice que la voluntad política ha aumentado, y es probable que el MAP en África haya influido en el aumento en algunos países.** Muchos acontecimientos



internacionales que han tenido lugar desde 1999-00 han influido en la voluntad política, pero los proyectos del MAP en África han suministrado productos esenciales cuyo objeto es aumentar la voluntad política en la mayoría de los casos. Según las entrevistas realizadas a los jefes de equipo de los proyectos y los directores a cargo de los países en que se han ejecutado dos docenas de proyectos del MAP I y el MAP II, los criterios de admisibilidad para el compromiso estuvieron respaldados por una cantidad sustancial de diálogos de alto nivel sobre políticas durante la preparación de los proyectos y después de su aprobación<sup>20</sup>. En el 44% de 19 proyectos del MAP en África, los jefes de equipo de los proyectos informaron que la voluntad política a los más altos niveles de gobierno había aumentado desde que se iniciaron los proyectos, y en el 56% había aumentado a nivel del gobierno local (véase el Apéndice I). En la mitad de los casos aproximadamente, los jefes de equipo de los proyectos atribuyeron ese aumento a la intervención del Banco; en otros casos expresaron la opinión de que el aumento de la voluntad política era atribuible sólo en parte al Banco o al resultado de cambios en el gobierno. Según el estudio del caso de Etiopía realizado por el DEO, los donantes atribuían al Banco la apertura de un diálogo franco acerca del VIH/SIDA con los más altos funcionarios de gobierno en 1999, entre ellos el Presidente, el Primer Ministro, y el Ministro de Economía y Finanzas. El gobierno convino en obtener créditos de la AIF, plantear el problema en discursos públicos e incorporar la cuestión del VIH/SIDA en el documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP). En el 82% de los países en que se aplica el MAP I

**Gráfico 4.1: En los proyectos del MAP I, los desembolsos fueron más rápidos por lo general que en los proyectos de salud, nutrición y población en los mismos países**



Fuente: Datos del Banco Mundial.

Nota: Once proyectos del MAP y 14 proyectos de SNP.

y el 62% de los países en que se aplica el MAP II, los directores a cargo de los países señalaron que el aumento de la conciencia y de la voluntad política eran los principales logros del MAP hasta la fecha. Éstos serán analizados en profundidad por el DEO cuando los proyectos estén concluidos, a fin de determinar si se pueden atribuir a la acción del Banco. Sin embargo, **el hecho de que dos docenas de países o más hayan estado dispuestos a**

**Cuadro 4.2: Número de ONG y OBC que recibía apoyo de los proyectos del MAP en África, a julio de 2004**

Proyectos	Ejercicio en que fue aprobado	ONG	OBC
MAP en África I (10-11 países) <sup>a</sup> – promedio	2000-2001	247	1.674
[mínimo, máximo]		[5,700]	[40,6700]
MAP en África II (11 países) <sup>b</sup> – promedio	2002-2004	46	157
[mínimo, máximo]		[0,120]	[0,550]

Fuente: IERP, IFE, cuestionario autoadministrado del jefe de equipo de un proyecto del MAP.

a. Salvo Kenya en el caso de ONG, y Kenya y Nigeria en el caso de OBC.

b. Salvo Mauritania.

**Recuadro 4.3: Incorporación de las actividades de lucha contra el SIDA en los proyectos de educación y transporte**

La integración de actividades o componentes de lucha contra el SIDA en los proyectos de sectores distintos del sector de la salud es una de las formas de asegurar la participación de los sectores más importantes. Las posibles ventajas consisten en que pueden abordar cuestiones de política dentro de ese sector y pueden fomentar la identificación de los ministerios con las actividades a más largo plazo. Sin embargo, esas actividades rara vez son lo suficientemente extensas para convertirse en componente formal de un proyecto que pueda ser objeto de seguimiento, y muy pocas de ellas han sido evaluadas. Cuando las actividades se “adecuan” a un proyecto en marcha, por lo general hay poca documentación acerca de los objetivos o los resultados cuando el proyecto se cierra.

Aunque con algunas excepciones, la supervisión de las actividades de lucha contra el SIDA en los proyectos de sectores distintos del sector de la salud también es generalmente modesta. El DEO identificó 18 proyectos en marcha en el sector de educación y 16 en el sector de transporte en los que se hacía mención de actividades de lucha contra el SIDA en los documentos de diseño de los proyectos; sólo cuatro tenían componentes formales sobre el SIDA por un valor superior a US\$1 millón<sup>a</sup>.

Al examinar el informe más reciente sobre la marcha de esos 34 proyectos, se observó que rara vez se mencionaba al SIDA en los objetivos de desarrollo (véase el cuadro). En menos del 40% se informaba sobre la marcha de las actividades de lucha contra el SIDA y en menos de la tercera parte había indicadores sobre el SIDA. Prácticamente todos los indicadores estaban expresados en términos de productos. Ninguno de los informes sobre la marcha de los proyectos suscitó comentarios de los administradores sobre el SIDA.

Se han realizado seminarios, talleres y estudios analíticos sobre el VIH/SIDA dentro de los sectores de educación y transporte del Banco con el fin de familiarizar al personal y a su contrapartida en el sector público con las repercusiones del SIDA y la forma en que los sectores pueden ayudar a aliviar el problema<sup>b</sup>. Sin embargo, en el contexto de un proyecto determinado, los recursos de supervisión son generalmente demasiado escasos para permitir la contratación de los servicios de un experto técnico para esas actividades reducidas y especializadas respecto de las cuales los propios sectores tienen poca competencia. Una excepción es Etiopía, donde algunos proyectos de transporte han contratado los servicios especializados necesarios para garantizar la calidad técnica.

**Supervisión de las actividades de lucha contra el SIDA en los proyectos de educación y transporte**

Porcentaje de proyectos respecto de los cuales el informe más reciente de las actividades...	Sector	
	Educación (n = 18)	Transporte (n = 16)
Mencionaba el SIDA en los objetivos de desarrollo	11	6
Informaba acerca de la marcha de las actividades de lucha contra el SIDA	39	25
Tenía indicadores sobre el SIDA	28	31

*Fuente:* Apéndice C y los informes más recientes sobre la marcha de los proyectos.

a. Todos los proyectos de educación y 14 de los 16 proyectos de transporte se encuentran en África al sur del Sahara. Tres proyectos de educación y un proyecto de transporte tienen componentes formales de lucha contra el SIDA superiores a US\$1 millón.

b. Véanse, por ejemplo, Bundy y Gotur, 2002; Valerio y Bundy, 2004; Banco Mundial, 2003b.

**pedir préstamos (o aceptar donaciones) para responder al VIH/SIDA a nivel nacional es, en sí, una indicación de un cambio importante del nivel de voluntad política y cumple el objetivo de la primera etapa del MAP de “intensificar la acción en el mayor número posible de países”.**

**¿Se materializaron los riesgos no previstos?**

Muchos de los riesgos previstos en el documento de evaluación *ex ante* de los proyectos vinculados a la ejecución —como un bajo nivel de voluntad política y una capacidad limitada— se han reducido gracias a los mecanismos de diseño del MAP. Sin embargo, como se

señaló anteriormente, varios riesgos que afectan a la eficacia en términos de desarrollo del programa no se consideraron y no existen mecanismos de mitigación en el diseño. Por ejemplo, el MAP se vale en gran medida de la estrategia nacional de lucha contra el SIDA y de un S&E riguroso para promover el aprendizaje con la práctica a fin de asegurar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia técnicas. Si la estrategia nacional es deficiente o si no se aplica el sistema de S&E, la eficacia se vería gravemente comprometida. Muchos de los riesgos no previstos se hicieron evidentes poco después de la aprobación de los primeros proyectos del MAP y han sido reconocidos por ACTAfrica en exámenes internos.

Se ha recurrido a recursos adicionales para abordar algunos de ellos<sup>21</sup>. Es posible que también se hayan adoptado medidas en los proyectos de cada país para mitigar esos riesgos por otros medios. Las observaciones realizadas hasta la fecha, que se examinan a continua-

ción, indican que en términos generales el diseño del MAP no ha logrado evitarlos.

**La mayoría de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA no fijan costos ni asignan un orden de prelación a las actividades, y es poco probable que**

#### Recuadro 4.4: ¿Cuán estratégicos son los planes estratégicos nacionales?

El DEO examinó los planes estratégicos de lucha contra el VIH/SIDA de 21 países participantes en el MAP en África<sup>a</sup> y los planes estratégicos de cinco países no participantes en el Programa y que fueron estudiados en profundidad por el DEO en su evaluación: Camboya, Chad, India, Indonesia y Rusia. Las pruebas indicadoras de un enfoque estratégico eran: la existencia de objetivos claros y prioridades explícitas; una planificación sistemática, y el establecimiento de metas, plazos e indicadores; la existencia de planes definidos de S&E; la especificación clara de los agentes de ejecución y las responsabilidades, y la existencia de estimaciones de costos y de estrategias para la movilización de recursos. Otras características incluyen la medida en que los planes eran eficientes, equitativos, pertinentes y factibles.

##### *Planes estratégicos de países participantes en el MAP en África*

En la mayoría de los documentos, la expresión “prioridad” se emplea para describir la mayoría de los componentes, si no todos, de un programa de lucha contra el VIH/SIDA, sin clasificarlos en orden de importancia o de eficacia. Todas las estrategias nacionales están enfocadas hacia objetivos igualmente amplios (prevención, atención/tratamiento, mitigación y un entorno propicio). Casi todas las estrategias examinadas abarcan todos los ámbitos corrientes (dos docenas) de intervención, con algunas excepciones, sin un análisis de su importancia ni eficacia relativas. La única asignación de prioridad ocurría en torno a la inclusión de la terapia antirretroviral; sólo en una tercera parte de los 21 planes estaba prevista su aplicación en gran escala. En 17 de los 21 planes se incluía la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión de madre a hijo. Se habían fijado los costos de sólo 10 de los planes. Aunque en los documentos en general no se establecían prioridades, había algunas prioridades implícitas incorporadas en las etapas de presupuestación y ejecución. La asignación de prioridades, sin embargo, adolecía de falta de transparencia. Sólo siete de los documentos proporcionaban datos básicos sobre una proporción considerable de metas e indicadores. En todos los planes salvo uno (Uganda, 2000/1-2005/6) se hacía mención explícita de los grupos de alto riesgo como objetivos de intervención, pero sólo en siete planes se hacía referencia a esos grupos en

la declaración de metas y objetivos generales. Los datos sobre costos no eran lo bastante detallados para poder juzgar si esos planes realmente estaban destinando recursos a los grupos de alto riesgo. Estas estrategias por lo general centraban la atención en cuestiones de procedimiento y ejecución, más bien que en el efecto de los programas en el VIH.

Desde el punto de vista de la orientación estratégica general, al no establecer claramente las prioridades, las estrategias son tan similares que un conjunto genérico de áreas de interés e intervenciones podría haber sido igualmente útil. Esto es importante en lo que respecta a la cuestión de qué orientación imparten los planes estratégicos nacionales a los proyectos del MAP.

##### *Planes estratégicos de cinco países que no participan en el MAP*

Los planes para Chad, Camboya, India, Indonesia y Rusia también tendían a tener un conjunto básico de intervenciones que se presume que tienen la misma importancia, de manera que no debe establecerse un orden de prioridad entre ellas. Sin embargo, en todos los documentos salvo el de Rusia (que era en realidad una disposición legislativa) se hacía hincapié en escoger como objetivo a los grupos de alto riesgo y se incluía un conjunto estándar de intervenciones preventivas para abordar esos riesgos. Ello contrastaba con muchas de las estrategias de los países africanos en que se ejecutaban proyectos del MAP, en las que se asignaba a los grupos de alto riesgo el mismo nivel de prioridad que a los grandes grupos de población “vulnerables” (como los jóvenes y las mujeres) que corren riesgo de infección, pero que tienen menos probabilidades de propagar el VIH, por regla general. Las estrategias de los países que no participan en el MAP también hacen menos hincapié en las causas subyacentes y en la necesidad de una respuesta multisectorial, que se reconoce pero no se pone en práctica ni con mucho en la misma medida. Sin embargo, la eficacia en función de los costos no se tiene en cuenta en ninguna de las estrategias de los países que no participan en el MAP, ni se trata la capacidad en forma tan destacada. Con todo, en los proyectos de lucha contra el SIDA del Banco Mundial basados en esos cinco países se han enunciado claramente los objetivos y las prioridades, en un intento por asegurar la eficacia y la eficiencia.

Fuente: Mullen (2003a, b).

a. Los planes para Gambia y Sierra Leona no estaban disponibles en el momento de realizarse el examen, y el proyecto de Malawi aún no había sido aprobado

**garanticen la pertinencia, eficiencia o eficacia técnicas de la asistencia del Banco sin un análisis adicional**<sup>22</sup>. En un estudio básico realizado para la evaluación del DEO se examinaron los planes estratégicos de 21 países africanos que tenían proyectos del MAP y de cinco países que tenían proyectos convencionales de lucha contra el SIDA del Banco. Se llegó a la conclusión de que, si bien había algunas excepciones importantes, en términos generales podía decirse que las estrategias se asemejaban a una plantilla con una lista completa o casi completa de intervenciones estándar sin ninguna priorización (véase el Recuadro 4.4). Tampoco había una relación clara entre el contenido de muchos de los planes estratégicos y la etapa de la epidemia<sup>23</sup>. Los planes estratégicos tienden a girar en torno a la ejecución y no a los resultados epidemiológicos y de comportamiento. Ello indica que la existencia de una estrategia nacional no es un sustituto adecuado del análisis estándar en la evaluación *ex ante* de los proyectos.

**A falta de asesoramiento estratégico sobre la asignación de prioridades, muchos de los programas que se financian no están suficientemente centrados en los bienes públicos ni en reducir el comportamiento de alto riesgo.** Los jefes de equipo de los proyectos de sólo cuatro de los 19 países estudiados que participan en el MAP en África informaron que el problema del comportamiento de máximo riesgo estaba siendo tratado sistemáticamente por el sector público; en la mitad de los países sólo se trataba en la medida en que las ONG se encargaban de esas actividades; en cinco casos (28%), ninguna parte del proyecto aseguraba que el comportamiento de alto riesgo fuera a tratarse sistemáticamente. En su estudio del caso de Etiopía, el DEO llegó a la conclusión de que el MAP prestaba apoyo insuficiente a los bienes públicos, especialmente la vigilancia, la investigación y el S&E. No había datos básicos establecidos sobre la prevalencia ni sobre el comportamiento de la población en general en las regiones o los grupos de alto riesgo. La insuficiencia del financiamiento de los bienes públicos y de las intervenciones para los grupos de alto riesgo es mayor en los proyectos más recientes del MAP II que en los proyectos del MAP I. Según los datos obtenidos de los jefes de equipo de los proyectos, era dos veces más probable que los países que participaban en el MAP I prestaran apoyo a los estudios operacionales del sector público, las intervenciones preventivas dirigidas a los grupos de alto riesgo y las actividades orientadas a mitigar los efectos del SIDA en las personas infectadas con el VIH/SIDA que los países que participaban en el MAP II.

Era bastante más probable que estos últimos financiaran el tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, y ligeramente más probable que financiaran la terapia antirretroviral pública (véase el Apéndice H). Sólo en un país —Burkina Faso— tiene el MAP un componente especial que se ocupa del comportamiento de alto riesgo. Suele haber fuerte resistencia a concentrar los fondos en el comportamiento de más alto riesgo en las epidemias generalizadas en África, en parte debido a la dificultad de identificar a los que están expuestos al más alto riesgo de transmisión del VIH y de llegar a ellos. Los estudios recientes indican que concentrar las medidas de prevención en las zonas a donde acude la gente en busca de nueva pareja sexual puede ser menos difícil que identificar a los grupos de riesgo específicos, y más eficiente que recurrir a intervenciones dirigidas a la población en general (véase el Recuadro 4.5).

**Los resultados generales del MAP en África en materia de aplicación de enérgicas medidas de S&E para mejorar el “aprendizaje con la práctica” son deficientes, similares a los de la cartera de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA concluidos.** Si se asignara entre el 5% y el 10% de los costos de los proyectos a actividades de S&E, como se propone en los documentos de diseño del MAP, se dispondría de entre US\$50 millones y US\$100 millones aproximadamente para S&E en las dos series de proyectos del Programa. Sin embargo, con excepción del único proyecto con un componente separado de S&E (Malawi, 8,3% de los costos del proyecto), se sabe muy poco acerca de las asignaciones para este fin, y menos todavía acerca de los gastos efectivamente realizados<sup>24</sup>. Durante la primera misión de examen de la situación realizada en forma conjunta por el Banco Mundial y el ONUSIDA en junio y julio de 2001<sup>25</sup>, se reconoció que los progresos en el diseño y la aplicación de sistemas de S&E eran lentos, y se recomendó que se subcontrataran las funciones de S&E y que los planes sobre S&E quedaran finalizados durante la preparación de los proyectos. En 2002, se preparó un manual genérico sobre S&E conjuntamente con el ONUSIDA (Banco Mundial y ONUSIDA, 2002) y se creó un Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA (GAMET), con sede en el Banco Mundial, para facilitar la labor de copatrocinio del ONUSIDA al fortalecimiento de la capacidad de S&E en los países y coordinar el apoyo técnico<sup>26</sup>. Pese a esas aportaciones adicionales, el *Examen provisional del MAP* llevado a cabo a comienzos de 2004 determinó que en la mayoría de los seis proyectos visitados se habían elaborado planes de S&E, pero que éstos no se habían puesto en funcionamiento en ninguno

**Recuadro 4.5: PLACE: Centrar la prevención en los lugares a los que la gente va a buscar nuevas parejas**

En los países con epidemias generalizadas en los que el VIH se está propagando considerablemente debido a las redes de encuentros sexuales ocasionales, ofrecer servicios de prevención a las personas con las más altas tasas de cambio de pareja sexual puede ser una empresa difícil. Los métodos que centran la atención en los grupos ocupacionales con un alto riesgo de transmisión del VIH pueden no bastar para llegar hasta poblaciones importantes con múltiples parejas sexuales ocasionales, especialmente si estas últimas son difíciles de identificar, como los *trabajadores migratorios* o *los jóvenes que no asisten a la escuela*. El sistema de prioridades para las medidas locales de control del SIDA (PLACE, por su sigla en inglés), elaborado por MEASURE Evaluation, intenta localizar sistemáticamente los lugares donde las personas van a buscar nuevas parejas sexuales, con el fin de dirigir los programas de prevención hacia las zonas donde probablemente haya una alta incidencia de infección por el VIH.

En Sudáfrica, por ejemplo, los autores encontraron más de 200 lugares en cada uno de tres distritos municipales y 64 lugares en un distrito comercial central donde la gente va a buscar nuevas parejas sexuales (Weir y otros, 2003). La relación hombre a mujer era de 2:1, y casi la mitad de todos los hombres y mujeres entrevistados había tenido una nueva pareja sexual en las últimas cuatro semanas. Las relaciones sexuales remuneradas eran escasas en los distritos municipales, pero existían en el 31% de los lugares situados en los distritos comerciales. Sin embargo, menos del 15% de los lugares de los distritos municipales y del 20% de los lugares situados en el distrito comercial tenían preservativos. El sistema PLACE se ha aplicado también en Burkina Faso (Burkina Faso PLACE Study Group, 2002 y Nagot, 2003), la India (Bhubaneswar PLACE Study Group, 2002), Madagascar, México (Mexico PLACE Study Group, 2002), Tanzania (Tanzania PLACE Study Group, 2002) y Uganda (Sengooba y otros, 2003 y Uganda PLACE Study Group, 2002).

de ellos<sup>27</sup>, lo que hacía difícil determinar qué se había logrado. En el verano de 2004, los jefes de equipo de 24 proyectos del MAP I y el MAP II informaron que las funciones de S&E se habían subcontratado total o parcialmente en una tercera parte de los proyectos, si bien la contratación externa de esas funciones aumentó en el período transcurrido entre el MAP I y el MAP II (véase el Apéndice H, Cuadro H.10). Los jefes de equipo de sólo dos de los proyectos informaron que los sistemas de S&E no estaban funcionando satisfactoriamente. En el estudio del DEO del caso de Etiopía se determinó que el marco de S&E no se había elaborado sino hasta el tercer año del proyecto. En sólo la cuarta parte de los países participantes en el MAP en África se ha realizado una encuesta nacional de la población en general sobre conocimientos acerca del SIDA y sobre comportamiento de riesgo dentro del año siguiente a la aprobación del proyecto<sup>28</sup>. En nueve de 28 países en que se ejecutan proyectos del MAP, nunca se ha hecho una encuesta a la población de todo el país para medir los conocimientos sobre el SIDA y los patrones de comportamiento de riesgo de hombres y mujeres. En el examen intermedio se recomendaba establecer como condición para los proyectos futuros que hubiera un sistema de S&E en funcionamiento, incorporarlo dentro de un componente separado con los recursos no fungibles, y fortalecer la capacidad. Sin embargo, la experiencia de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA concluidos indica que ninguna de esas medidas es

suficiente para asegurar que se llevará a cabo el S&E o que los resultados se utilizarán para mejorar el desempeño. No se han incorporado nuevos incentivos en el diseño del MAP para superar esos problemas. Los desembolsos, por ejemplo, no están vinculados a la existencia de estudios de referencia ni de evaluaciones intermedias.

**Los proyectos del MAP, al igual que los proyectos anteriores de asistencia para la lucha contra el VIH, tampoco están reuniendo datos sobre el VIH y el comportamiento de los grupos que más probabilidades tienen de contraer y propagar el VIH.** En Etiopía, donde años atrás el gobierno vigilaba la infección con el VIH entre las trabajadoras y los trabajadores del sexo en muchas partes distintas del país, actualmente ya no se hace ningún seguimiento; la vigilancia epidemiológica se realiza casi enteramente entre las mujeres embarazadas que acuden a los centros de atención prenatal. Según los jefes de equipo de los proyectos, alrededor del 58% de los gobiernos de las primeras dos docenas de países que participan en el MAP en África está reuniendo datos sobre la prevalencia del VIH y el 75% está reuniendo información sobre el comportamiento de al menos un grupo de alto riesgo. Ello no obstante, 10 países no estaban vigilando el VIH de ninguno de los grupos de alto riesgo, y seis no estaban siguiendo de cerca el comportamiento.

**La participación de un gran número de sectores en la ejecución, muchos de los cuales carecen de una ventaja comparativa aparente para luchar contra el**

#### Recuadro 4.6: Los objetivos y las modalidades de los enfoques multisectoriales

Durante bastante más de un decenio, la comunidad internacional, incluido el Banco Mundial, ha hecho hincapié en la necesidad de que las medidas que se adopten para hacer frente al SIDA vayan más allá del sector de la salud, con dos objetivos principales: mejorar la eficiencia y la eficacia de los programas sobre el terreno, y movilizar al público. En la medida en que se iniciaron actividades multisectoriales durante la primera fase de la respuesta del Banco, éstas tendían a ocuparse del primero de esos objetivos. En los países más afectados, la mortalidad de adultos a causa del SIDA estaba afectando a todos los sectores de la economía, lo que creó la necesidad de formular planes para mitigar el impacto. Hay además muchas actividades de lucha contra el SIDA que necesitan de la colaboración multisectorial en su ejecución para ser eficaces. Por ejemplo, para modificar el comportamiento de las trabajadoras o los trabajadores del sexo se necesita no sólo la participación del Ministerio de Salud y el consentimiento de aquellos, sino la cooperación de las fuerzas del orden, los propietarios de los burdeles y el gobierno local.

La asistencia del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA ha abordado uno u otro de esos objetivos o ambos mediante cinco estrategias principales: 1) fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud de colaborar selectivamente con otros sectores prioritarios<sup>a</sup>; 2) apoyo al establecimiento de comisiones multisectoriales nacionales, generalmente encabezadas por el Presidente o el Primer Ministro, ya sea para coordinar o para poner en práctica una respuesta multisectorial<sup>b</sup>; 3) apoyo a una respuesta coordinada por un ministerio con funciones multisectoriales, como la planificación<sup>c</sup>; 4) apoyo a componentes o actividades de lucha contra el SIDA en sectores distintos

del de la salud, como los de educación, transporte o protección social, y 5) facilitación del diálogo entre los principales ministerios<sup>d</sup>.

El DEO no encontró pruebas que indicaran que alguno de los mecanismos institucionales era más eficiente que los demás a la hora de producir resultados sobre el terreno, si había voluntad política. El modelo de comisión multisectorial que encuentra amplio apoyo en el MAP en África parece basarse en la experiencia de Uganda<sup>e</sup>; más de 10 años después de la formación de la Comisión de lucha contra el SIDA de Uganda, la definición de coordinación multisectorial y la mejor forma de lograrla aún siguen siendo objeto de debate en ese país (De Merode y otros, 2001). En el manual de operaciones del MAP figura una lista de responsabilidades teóricas de esos organismos pero se señala que “en realidad, [su] papel por lo general no está claramente definido” (Brown y otros, 2004). En el primer Examen de los progresos del MAP se observó una fuerte tendencia de las secretarías de los Consejos Nacionales de SIDA (NAC) a convertirse en burocracias de ejecución en lugar de organismos de coordinación, y se informó que “Los organismos asociados tanto del sector público como de la sociedad civil siguen sin saber con claridad cuál es su responsabilidad... en lo que respecta a prestar apoyo al proceso de ejecución” (Banco Mundial, 2001c, pág. 5.). En el examen intermedio del MAP se determinó que las secretarías de los NAC habían llegado a tener entre 50 y 70 funcionarios profesionales en su plantilla y que su responsabilidad era escasa (Banco Mundial, 2004). A partir de la experiencia del Banco, hay pocos datos que corroboren la eficacia de las instituciones para administrar las actividades de lucha contra el SIDA fuera del Ministerio de Salud<sup>f</sup>.

a. Por ejemplo, en Bangladesh, Brasil, Camboya, Eritrea, Guyana, India, Jamaica, Kenya (en el decenio de 1990), Uganda y Zimbabwe.

b. La mayoría de los países que participan en el MAP en África, así como varios de los que participan en el MAP en el Caribe.

c. Por ejemplo, en Chad y en Indonesia. Ésta ha sido generalmente la estrategia de los programas de población, que también tratan de aplicar medidas multisectoriales.

d. Como en Rusia, por ejemplo.

e. “En los pocos países en que se ha logrado aminorar considerablemente el avance de la epidemia (como Uganda), el órgano encargado de coordinar las actividades nacionales de lucha contra el VIH/SIDA está establecido en la oficina del Presidente, donde goza de la visibilidad, el alcance y la autoridad que se necesitan para coordinar y movilizar a todas las partes interesadas” (Banco Mundial, 2000b, pág. 11).

f. Según se dice en el Capítulo 3, en varios proyectos respaldados por el Banco, el Ministerio de Salud colaboró satisfactoriamente con unos cuantos sectores primordiales para obtener resultados sobre el terreno. El proyecto de lucha contra el SIDA de Indonesia fue puesto en marcha por Bapenas sin apoyo suficiente del Ministerio de Salud, el principal organismo de ejecución. En Chad y Burkina Faso, los proyectos sobre el SIDA y sobre población fueron administrados desde el Ministerio de Planificación, lo que debilitó el apoyo del Ministerio de Salud.

**SIDA, ha aumentado los problemas de complejidad y coordinación de la respuesta nacional, con riesgos sustanciales para la eficiencia y la eficacia.** Como se señaló anteriormente, las dos terceras partes de las primeras dos docenas de proyectos del MAP en África están prestando apoyo a las actividades de entre 10 y 30 ministerios, según los jefes de equipo de los proyectos. Son muchos los posibles objetivos de esa participación

(véase el Recuadro 4.6), pero en el caso de los programas financiados por el MAP, los objetivos de los distintos sectores no están claramente diferenciados. Puede ser útil para el objetivo de *movilización política* lograr que participe el mayor número posible de sectores, por ejemplo, pero no se sabe si una participación generalizada en la *ejecución* aumentará la eficacia o la eficiencia. A pesar de que la epidemia de SIDA tiene efectos de gran

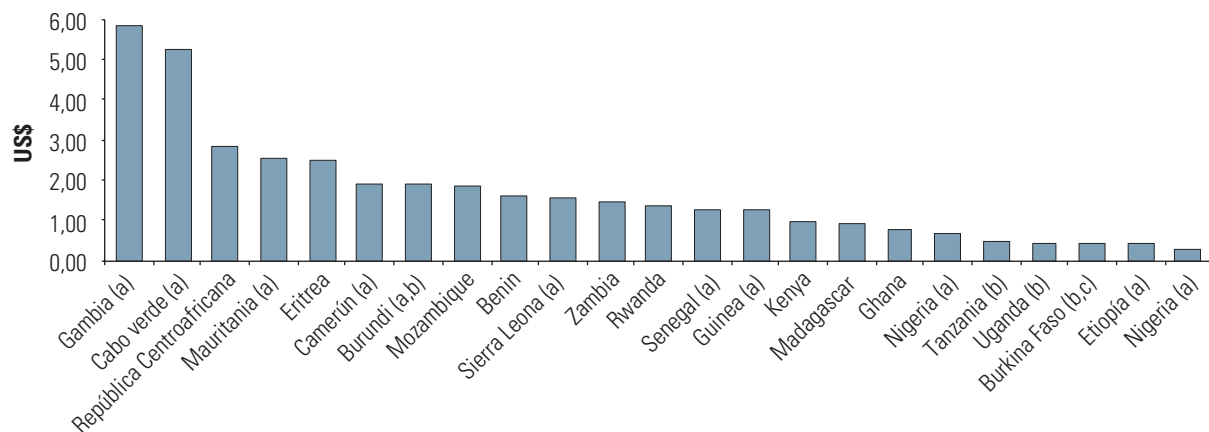
alcance y factores sociales determinantes, eso no significa que todos los sectores sean igualmente apropiados o competentes para organizar una respuesta eficaz. Si se consigue el apoyo de todos los sectores en la ejecución, no se utiliza eficazmente la ventaja comparativa de aquellos sectores cuya participación es más importante y se alienta a adoptar medidas en áreas que son muy ajenas al mandato de otros ministerios. En el examen intermedio del MAP se observó que la participación de la mayoría de los ministerios en la ejecución consistía en aplicar medidas de prevención y atención de la infección por el VIH en su fuerza laboral constituida por funcionarios públicos, más bien que en ejecutar programas sectoriales sobre el terreno (Banco Mundial, 2004). Los resultados del examen indican además que las actividades tal vez se estén realizando dentro de “compartimientos estancos” ministeriales en lugar de reunir a los sectores esenciales para alcanzar en forma conjunta un objetivo específico<sup>29</sup>.

**La autoridad general de que están investidas las instituciones para coordinar la respuesta multisectorial en muchos casos ha resultado en la falta de participación del Ministerio de Salud, el principal organismo técnico de que se dispone para la lucha a largo plazo contra el SIDA.** Los jefes de equipo de alrededor de la mitad de los proyectos del MAP en África informaron que el Ministerio de Salud o bien no participó en un principio o sigue sin participar actualmente en las actividades como resultado del desplazamiento de la responsabilidad hacia

una comisión multisectorial nacional. En la quinta parte de los países, el Director del Banco a cargo del país se ocupó de resolver las tensiones entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA u otro organismo. La experiencia hasta la fecha indica que el fortalecimiento de la capacidad y el apoyo político necesarios para una enérgica respuesta dentro del Ministerio de Salud es absolutamente esencial como base para una respuesta nacional eficaz en todos los sectores.

**Los componentes de donaciones a la sociedad civil también plantean riesgos sustanciales para la eficacia en términos de desarrollo de los proyectos del MAP.** Teniendo en cuenta que normalmente el 40% de los recursos de un proyecto del MAP se asigna a la respuesta de la sociedad civil, se ha comprometido una suma aproximada de US\$400 millones para ese propósito, desde un mínimo de US\$0,42 per cápita (Etiopía) hasta un máximo de US\$5,86 (Gambia, véase el Gráfico 4.2)<sup>30</sup>. Esto incluye las asignaciones de US\$2,53 per cápita en Mauritania y de casi US\$1 per cápita en Madagascar, países que tienen epidemias *incipientes*. Son muchos los objetivos posibles de la participación de la sociedad civil en general o de determinadas ONG, OBC o comunidades, entre ellos: a) aumentar la pertinencia, eficiencia o eficacia de la prestación de servicios o aprovechar una ventaja comparativa en la ejecución; b) conseguir apoyo político para el control del SIDA; c) dar poder de decisión a las comunidades o a los grupos marginados, o d) fomentar una respuesta propia e

Gráfico 4.2: Gasto público per cápita presupuestado para intervenciones de la sociedad civil relacionadas con el SIDA en países de África que participan en el MAP



Fuente: Documentos de evaluación *ex ante* de los proyectos y Banco Mundial, 2003a sobre población.

Notas: a) Se excluye el valor del componente separado de fortalecimiento de la capacidad con asignación a organizaciones de la sociedad civil; b) se excluyen otros componentes con asignación parcial a organizaciones de la sociedad civil; c) suma del financiamiento para organizaciones de la sociedad civil y gobiernos provinciales.

independiente de la sociedad civil. Los objetivos y la distinción entre las funciones de esos distintos elementos no están enunciados claramente en los documentos de diseño del MAP, por lo que serán difíciles de evaluar.

**El uso de los fondos de la sociedad civil obedece generalmente a la demanda y, según los jefes de equipo de los proyectos, no es estratégico desde el punto de vista de las necesidades del programa nacional.** Según ocho de 12 jefes de los equipos de los proyectos, no existe un procedimiento para decidir cuáles intervenciones realizarán las ONG y las OBC con carácter prioritario para asegurar la eficiencia. En muchos casos, si no en la mayoría, cualquier propuesta que pasa la inspección recibe financiamiento<sup>31</sup>. Las ONG y las OBC pueden elegir entre una amplia variedad de actividades admisibles; no hay seguridad de una cobertura sistemática. En el estudio del DEO sobre Etiopía se determinó que no se había realizado una evaluación sistemática de los proyectos de las ONG ni de los proyectos comunitarios. Los jefes de los equipos de 17 proyectos informaron que en ninguno de éstos se incluían disposiciones para la evaluación de la eficacia o el impacto de las intervenciones de las ONG y las OBC. Se informó que alrededor de la tercera parte de los proyectos carecía en absoluto de mecanismos de S&E para el componente relativo a la sociedad civil; otros, en efecto, sólo llevaban a cabo un seguimiento de los indicadores de procedimientos y productos (47%) o eran objeto de comprobaciones de cuentas o evaluaciones administrativas (24%).

**El financiamiento de sistemas de lucha contra el SIDA impulsados por la comunidad es un elemento nuevo e importante del MAP cuyo impacto o eficacia en función de los costos nunca fueron evaluados formalmente antes de su adopción generalizada.** Un proyecto piloto del sistema fue ejecutado en la región de Poni en Burkina Faso en 2000-01, financiado por el Proyecto de población y control del SIDA. Una evaluación del proyecto realizada aproximadamente a un año de iniciada la ejecución determinó que: “persiste la confusión acerca de los objetivos específicos del proyecto piloto. Esta situación es resultado de la falta de planificación formal... Asimismo, ni los resultados previstos ni los indicadores se especificaron con claridad y resulta difícil saber si se alcanzaron. La impresión general es que cada uno de los agentes y promotores tenía su propia versión de lo que el proyecto piloto era o debía ser y sus propias expectativas en relación con los resultados”<sup>32</sup>. En el diseño del MAP, no queda claro si el objetivo que se persigue al enviar recursos a las comunidades para luchar contra el SIDA es

conseguir su movilización política, prestarles servicios o potenciar su capacidad<sup>33</sup>. Si se están promoviendo algunas de estas actividades con el único propósito de movilizar a ciertos segmentos de la sociedad, puede haber métodos menos costosos y más eficientes para hacerlo. Hay muchas maneras de conseguir la participación de la comunidad que no suponen la transferencia de fondos, por ejemplo.

**La evaluación recientemente terminada del DEO del apoyo del Banco al desarrollo impulsado por la comunidad (DIC) y al desarrollo de base comunitaria (DBC) indica que hay riesgos adicionales para la eficacia y la eficiencia de los proyectos de DIC/DBC, categoría en la que están comprendidos todos los proyectos del MAP en África<sup>34</sup>.** Los proyectos de DIC/DBC tienden a dar mejor resultado con respecto a las metas cuantitativas, como la construcción de infraestructura, que con respecto a las metas cualitativas, como el mejoramiento de la capacidad. En la evaluación se comprobó que la eficacia de los proyectos de DIC/DBC del Banco para acrecentar el capital social y potenciar a las comunidades ha variado enormemente, que el vínculo entre el DIC/DBC y el mejoramiento de la capacidad comunitaria es débil, y que la sostenibilidad es menor en los proyectos de DIC/DBC que en otros proyectos (DEO, 2005a, pág. 21). Los resultados de los proyectos de DIC/DBC han dependido de las condiciones políticas y sociales locales, del grado de compromiso del gobierno, y de la capacidad de la comunidad. Tienden a ser mejores cuando los proyectos respaldan actividades participativas desarrolladas en el lugar o cuando el Banco ha proporcionado apoyo sostenido a largo plazo a las comunidades por períodos superiores a la duración de un solo subproyecto. En la evaluación se señala además que, para el Banco, las intervenciones sobre DIC/DBC han resultado más caras de preparar y supervisar; para el prestatario, suponen costos sustanciales. Las deficiencias del sistema de S&E (especialmente en lo que respecta al seguimiento de los progresos en la consecución de las metas cualitativas) y la corta duración del ciclo de los subproyectos del Banco limitan la capacidad de éste de ejecutar proyectos de DIC/DBC (DEO, 2005a, pág. 56). Se destacan cuatro cuestiones que deben recibir especial atención en las futuras intervenciones sobre DIC/DBC: a) la necesidad de enunciar claramente los logros previstos; b) calcular los costos y beneficios, incluidos los efectos a largo plazo en la pobreza, de la aplicación del sistema de DIC/DBC, como base para la comparación con otras opciones; c) atribuir más importancia a la sostenibilidad y al desarrollo a largo



plazo, y d) abordar las limitaciones relacionadas con la modalidad de operación del Banco, sus políticas operacionales y sus sistemas de S&E.

**La falta de priorización y de fijación de costos en la mayoría de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA también plantean riesgos para la sostenibilidad de las actividades y los beneficios de los proyectos del MAP.** No hay criterios de admisibilidad ni características del diseño de programas del MAP que garanticen la sostenibilidad de la respuesta, aparte de lo que se menciona en el plan estratégico nacional. La sostenibilidad tiene especial importancia para los componentes relativos a la sociedad civil y para los gastos a largo plazo de tratamiento del SIDA. En la estrategia del MAP no se especificaba si la fuerte proporción de gastos asignados inicialmente a la sociedad civil era una medida aplicable por una sola vez con fines de movilización o si era un elemento permanente. En la evaluación del DEO del apoyo prestado por el Banco al DIC/DBC se determinó que “la estructura y el modo de operar del Banco limitan su capacidad de asegurar la consecución de resultados sostenibles de los proyectos de DIC/DBC: “...el procedimiento se debe administrar ‘cerca del terreno’, pero normalmente sin participación directa del Banco a nivel local... con su modo de operar, la distancia a que se encuentra del lugar de ejecución y su actual sistema de S&E, le ha sido difícil al Banco asegurar... la sostenibilidad de los resultados de sus proyectos de DIC/DBC” (DEO, 2005a, pág. 55). En el manual de operaciones del MAP se cita ya un ejemplo en el que el hecho de no haber evaluado la sostenibilidad del tratamiento antirretroviral en Nigeria resultó en la interrupción durante tres meses de la disponibilidad de medicamentos en 2003, lo que comprometió la eficacia del tratamiento y contribuyó a la resistencia del virus (Brown y otros, 2004). El compromiso de entre 10 y 15 años contraído por el Banco con esos países no elimina la necesidad de considerar la sostenibilidad a largo plazo de las actividades y de alentar al uso más eficiente y eficaz de los recursos.

**En resumen, el MAP en África ha logrado que por lo menos dos docenas de países pongan en marcha importantes iniciativas de lucha contra el VIH/SIDA con la cantidad de US\$1.000 millones en nuevos recursos y parece haber contribuido a intensificar la voluntad política.** Ya sólo esto es un logro enorme, dada la falta de demanda de ayuda para la lucha contra el SIDA por parte de la mayoría de esos países en el decenio de 1990. Hay señales de una amplia movilización de la sociedad civil, en una escala mayor que la mayoría (pero tal vez no todos) de

los proyectos concluidos sobre el VIH/SIDA, y de muchos otros sectores de la economía. Se han creado mecanismos para financiar una estrategia de lucha contra el SIDA por parte de la sociedad civil en muchos países donde esto no existía anteriormente. Se está persiguiendo el objetivo de intensificar las intervenciones.

**Sin embargo, el objetivo general del MAP es prevenir la infección por el VIH y mitigar sus efectos; la aplicación en mayor escala y la voluntad política son medios para lograr ese fin.** Como estos proyectos aún están en ejecución, es demasiado pronto para determinar si el objetivo se está cumpliendo. La estrategia del MAP se vale en gran medida de la orientación técnica y estratégica del plan estratégico nacional, junto con un sólido sistema de S&E, una supervisión más estrecha de lo normal, y la existencia de proyectos piloto de probada eficacia evaluados a nivel local para garantizar la eficiencia y eficacia de la asistencia del Banco. Los riesgos asociados con esos factores no fueron evaluados durante la preparación del MAP I ni del MAP II, y debido a la importancia atribuida a la rapidez en la preparación de los proyectos, se llevó a cabo un número menor de estudios analíticos y de evaluaciones de referencia. La aportación estratégica del Banco, que podría haber proporcionado cierta protección contra esos riesgos, fue mucho menor que en proyectos anteriores sobre el VIH/SIDA. Aunque indudablemente hay ejemplos de países en los que se han mitigado esos riesgos mediante las características propias de los proyectos, la información de que se dispone hasta la fecha indica que en muchos casos no se ha asignado suficiente prioridad a los planes estratégicos nacionales, que un S&E deficiente no ha producido el aprendizaje con la práctica previsto y que muchas de las actividades que están siendo objeto de intensificación nunca han sido evaluadas a nivel local. No parece haber más supervisión que en el caso del financiamiento de proyectos de salud, en tanto que la complejidad de los proyectos y el número de actividades son mucho mayores. Existe el riesgo de que muchos de los agentes a los que se ha movilizado políticamente en apoyo de la lucha contra el VIH/SIDA se dediquen a ejecutar actividades para las que carecen de competencia técnica o ventaja comparativa, lo que desvía la escasa capacidad de otras actividades de reducción de la pobreza y desvía recursos de otros agentes que los pueden utilizar eficazmente. El examen de mitad de período de esos proyectos y la próxima etapa de financiamiento ofrecen la oportunidad de elaborar mecanismos para minimizar esos riesgos y mejorar la eficacia de la asistencia del Banco.

### **Capítulo 5: Puntos esenciales de la evaluación**

- El SIDA requiere a la vez una acción rápida y un fortalecimiento decidido y a largo plazo de la capacidad y la sostenibilidad.
- La asistencia internacional para la lucha contra el SIDA ha aumentado espectacularmente, sobre todo para tratamiento.
- La ventaja comparativa del Banco reside en ayudar a crear instituciones, analizar alternativas y mejorar los resultados de las actividades nacionales de lucha contra el SIDA.
- Aunque es importante que el Banco colabore con asociados, sus asociados más importantes siguen siendo los propios países en desarrollo.



# Conclusiones

**U**na enfermedad nueva y sin precedentes. El SIDA era una enfermedad a todas luces nueva y sin precedentes, que se propagaba con rapidez y silenciosamente, para luego dar muerte a los afectados 10 años más tarde. Fue y sigue siendo una enfermedad enormemente estigmatizada debido a la forma en que se propaga. Incluso cuando afectaba a países vecinos, casi en todas partes se negaba su existencia y se insistía en que las condiciones eran distintas “en mi país”. Al mismo tiempo, mientras el VIH se propagaba con rapidez, los deficientes sistemas de salud de los países en desarrollo se enfrentaban a una enorme demanda de atención de los afectados y los que estaban muriendo.

Sin un conocimiento más exacto de los verdaderos niveles de infección y del comportamiento de riesgo, se suponía que el SIDA era primordialmente una enfermedad urbana en África, donde las dos terceras partes de la población es rural. En el Banco, muchos abrigaban profundos temores de que el llamado a implementar programas de lucha contra el SIDA pudiera desviar los escasos recursos de que disponían los programas destinados a fortalecer los precarios sistemas de salud. Los que así pensaban no tenían plena conciencia de los efectos que esta epidemia produciría tarde o temprano en la mortalidad y en el propio sistema de salud. Pese a los importantes adelantos en su tratamiento, el SIDA era —y sigue siendo— una dolencia incurable y cara de tratar. Ello agrava el estigma que la rodea y la renuencia a asignar recursos para su tratamiento.

**Lo que enseña la primera generación de proyectos de asistencia del Banco Mundial.** Durante la primera etapa de la respuesta del Banco, los proyectos se prepararon sobre la base de la demanda de los clientes y a iniciativa del personal al que preocupaba el problema, generalmente en colaboración con el Programa Mundial sobre el SIDA. El Banco comprometió más de US\$500 millones en países de cuatro continentes para proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA, para importantes componentes de lucha contra el SIDA en otros proyectos y para muchas actividades incorporadas menos formalmente en proyectos de salud. En muchos de los países en que realizaba actividades, el Banco ayudó a crear instituciones nacionales encargadas de luchar contra el SIDA a largo plazo, fortaleció las actividades de los Ministerios de Salud y ayudó a los gobiernos a

formular estrategias, sin perder de vista la prevención ni los principales motivos de la epidemia, aun cuando esto último era un tema controvertido. Se creó conciencia, se proporcionaron preservativos, se obtuvo la colaboración de las ONG, se capacitó al personal de salud. Pero con frecuencia tanto el grado de dedicación como la capacidad de ejecución se sobreestimaron, razón por la cual la eficacia fue menor de lo que habría podido ser. Muchas veces, importantes actividades orientadas a la información sobre la infección por el VIH, el comportamiento y la eficacia de las intervenciones sufrieron retrasos, tuvieron mala supervisión o no se llevaron a cabo debido a la percepción de que el problema era urgente y que había que iniciar los desembolsos. Ello no sólo redujo el aprendizaje y las posibilidades de aumentar la eficiencia, sino que en muchos casos provocó demoras en la toma de conciencia del problema por parte de las autoridades. Muchas innovaciones fueron “ensayadas”, pero muy pocas, o ninguna, fueron evaluadas, lo que limitó el aprendizaje con la práctica.

Los principales factores que impidieron una acción mundial más eficaz del Banco para detener la propagación del VIH en el decenio de 1990 fueron la poca demanda de sus prestatarios y la demora de los administradores del sector de la salud en reconocer la amenaza a más largo plazo que representaba el SIDA para la salud y para los frágiles sistemas sanitarios de los países que se hallaban más afectados. **Dos de las principales enseñanzas derivadas de la primera etapa se referían a la importancia de generar voluntad política y mantenerla y a la necesidad de producir información para reducir la incertidumbre que rodea a la enfermedad y para inducir a una acción adaptada a las condiciones locales.**

#### Lecciones preliminares extraídas del MAP en África.

El concepto de una línea de crédito para programas bien preparados que sirve de fundamento al MAP en África es acertado, y el anuncio de una cantidad considerable de fondos que posiblemente se destinarían a la lucha contra el SIDA puede haber sido una señal importante del compromiso del Banco para los gobiernos reacios. A fines del decenio de 1990, la administración del Banco adquirió conciencia del obstáculo que representaba la poca voluntad de los países clientes, sumada a la gravedad de la enfermedad, que redujo la esperanza de vida en los países más afectados a los niveles del decenio de 1950. Como resultado, el MAP atribuyó enorme importancia en sus criterios de admisibilidad y en el diseño del programa a la movilización de las más altas autoridades, de todos los

sectores de la economía y de la sociedad civil. Todo ello estaba respaldado por una decidida voluntad y una amplia participación dentro del Banco, a medida que el tema del SIDA comenzó a ocupar un lugar más destacado en las CAS. Se ha producido un tremendo vuelco en la disposición a tomar medidas, no sólo en los países y dentro del Banco, sino también en la comunidad internacional. La limitación de la demanda se redujo aún más con la aprobación de donaciones de la AIF en septiembre de 2002.

La sensación de urgencia llevó al MAP a apoyarse fuertemente en estrategias e instituciones “tipo”, y a prestar más atención a la movilización y la ejecución que al contenido. En el diseño de los proyectos se abordaban los riesgos asociados a la escasez de voluntad política y de capacidad de ejecución, pero no se abordaron otros riesgos importantes vinculados a la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de la asistencia del Banco. Es posible que cada proyecto en particular haya reducido esos riesgos, entre otras cosas, mediante el fortalecimiento de la función del Ministerio de Salud o la creación de componentes sobre actividades prioritarias. El equipo de ACTAfrica del Banco identificó muchos de esos riesgos que no se habían previsto y ha intervenido para minimizarlos. La medida en que esos esfuerzos han dado resultado no se conocerá hasta que se puedan evaluar los proyectos actualmente en marcha después de terminados.

Hay, sin embargo, señales de cierta preocupación acerca de esos riesgos en la ejecución hasta la fecha. La insistencia en la rapidez de la preparación muchas veces resultó en atrasos de la ejecución, lección que ha sido bien aprendida en toda la cartera más amplia de proyectos del Banco e incluso en proyectos anteriores sobre el SIDA<sup>1</sup>. En muchos casos no se han establecido suficientemente las prioridades dentro de los planes estratégicos nacionales —prototipos de la forma en que se han de gastar los recursos del MAP— para orientar la distribución de los escasos recursos humanos. Un sistema de S&E más vigoroso y el “aprendizaje con la práctica” que asegurarían la eficacia y la eficiencia no se han materializado del todo. Por lo general, lo que se pretende intensificar no ha sido evaluado localmente. Los objetivos de hacer participar a la gran variedad de agentes a los que se ha movilizado —los ministerios centrales, el gobierno local, las ONG, las OBC, el sector privado y las comunidades— no siempre son claros. Las actividades a las que se presta apoyo no son necesariamente resultado de las prioridades programáticas ni de una ventaja comparativa en la ejecución. Hasta el momento, hay poca información acerca de la cobertura y la calidad de los servicios, de la medida en que compiten con

la labor del gobierno local o la complementan, o de la sostenibilidad de las actividades. Como en la cartera de proyectos terminados, se ofrecen programas preventivos para la población en general, mientras que los bienes públicos y la prevención en las poblaciones de más importancia epidemiológica no reciben toda la atención que deberían. Los mecanismos utilizados para movilizar a la población han causado un extraordinario aumento de la complejidad de los proyectos y, en algunos casos, no han logrado fortalecer al Ministerio de Salud, el principal organismo de ejecución de la respuesta, e incluso han hecho que se distancie.

Paralelamente al MAP en África, otras Oficinas Regionales del Banco han hecho extensiva la ayuda para la lucha contra el VIH/SIDA a países con epidemias incipientes y concentradas, en gran parte sin el efecto señalizador de un MAP y sin necesidad de abreviar la preparación<sup>2</sup>. Esos esfuerzos se han beneficiado de un entorno internacional que ha ejercido más presión sobre los gobiernos para que se ocupen del problema del SIDA. En países grandes como Brasil, China, la India y Rusia, la asistencia del Banco es pequeña en relación con el gasto total en salud, pero ha sido empleada para alentar a que se preste atención especial a los bienes públicos, la prevención, y la necesidad de extender el acceso a quienes más probabilidades tienen de contraer y propagar el virus.

**El SIDA es un problema a largo plazo.** La epidemia de SIDA está haciendo estragos en los países más afectados en este momento, pero es un problema a largo plazo. Exige una variedad de medidas, algunas de ellas concebidas para producir un impacto rápido y otras centradas en fortalecer la capacidad y sostenibilidad a largo plazo. La acción inmediata es imperativa para prevenir infecciones futuras—el único modo, por el momento, de reducir el alcance de la epidemia y sus efectos— y asegurar la atención y el apoyo de quienes han caído enfermos. La mayoría de las personas que enfermarán en los próximos 10 años ya están infectadas. Esto tiene un efecto previsible en las necesidades de atención sanitaria, si bien las condiciones de tratamiento están cambiando rápidamente.

Además de medidas de respuesta eficientes y eficaces a corto plazo, los países en desarrollo necesitan apoyo para crear instituciones y mecanismos nacionales y subnacionales sólidos que respondan al problema a largo plazo, no sólo ampliando en gran medida las actividades de prevención (lo que sigue siendo políticamente difícil) sino además fortaleciendo las redes de protección social para ayudar a los afectados y asegurando la sostenibilidad de

esas medidas. Habrá una necesidad constante de generar y mantener una voluntad política dentro de los países en todos los niveles y en todos los sectores.

**Orientaciones futuras de la asistencia del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA.** Durante todo el decenio de 1990 y hasta el presente, el Banco Mundial ha sido el mayor proveedor externo de asistencia a los países en desarrollo en su lucha contra el SIDA. Esta situación está a punto de cambiar. A partir de 2000, ha habido una enorme movilización de recursos por parte de la comunidad internacional para luchar contra el SIDA, sobre todo para tratamiento. No sólo han aumentado notablemente los compromisos del Banco en casi US\$2.000 millones; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) ha comprometido la suma de US\$1.600 millones para financiar actividades de lucha contra el SIDA en los países en desarrollo, con lo que prácticamente ha duplicado la asistencia en los países africanos en los que el Banco ya realiza actividades (véase el Cuadro 5.1). Además, el Gobierno de los Estados Unidos ha anunciado su intención de destinar un total de US\$15.000 millones en el plazo de cinco años a 15 países de África, Asia y el Caribe, principalmente para tratamiento y atención. Las fundaciones Gates y Clinton han prometido cientos de millones de dólares. En efecto, el temor que abrigaba la comunidad de salud a comienzos del decenio de 1990 de que el SIDA pudiera impedir el desarrollo más general del sector de la salud podría estar disipándose en la mayoría de los países más gravemente afectados. Los compromisos anuales del FMSTM para luchar contra el SIDA en Rwanda y Uganda son superiores al presupuesto ordinario del Ministerio de Salud<sup>4</sup>. El Banco y el Plan de emergencia del Presidente para el alivio del SIDA (PEPFAR) también proporcionan financiamiento a esos países. Aunque en algunos casos los fondos prometidos por otros donantes aún no se han recibido, la capacidad de absorber ese nivel de recursos y de utilizarlos eficazmente necesita examinarse con urgencia, así como también el equilibrio entre los gastos de lucha contra el SIDA y los gastos de salud en general y la sostenibilidad de las inversiones que se realizan. Si bien la mayoría de los donantes invierte en reforzar la capacidad a largo plazo, a corto plazo todos ellos recurren a las mismas reservas relativamente fijas de capacidad. En todos los países es necesario ocuparse de priorizar la escasa capacidad nacional a corto plazo.

Debido a su compromiso de reducir la pobreza a largo plazo, su relación singular con los gobiernos nacionales,

sus virtudes analíticas y su alcance multisectorial, el Banco ofrece la ventaja comparativa de poder ayudar a los países a crear instituciones sólidas adaptadas a las realidades políticas y sociales locales; evaluar las alternativas, y ayudar a mejorar la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de las actividades de lucha contra el SIDA a largo plazo. Hoy en día se reconoce la importancia crucial de la voluntad política, aunque es posible que se siga subestimando la necesidad de renovarla y ampliarla constantemente. Todavía no se aprecian del todo las necesidades vitales de disponer de información en el momento oportuno, priorizar las actividades, y contar con información para diseñar, seguir, evaluar y mejorar los programas.

Para que su intervención sea eficaz, el Banco deberá concentrarse en hacer mayor uso de la información y la evaluación para ayudar a los gobiernos a vincular las decisiones a la realidad de los hechos y a analizar las alternativas y establecer prioridades. Desde el punto de vista programático, debe seguir insistiendo en ampliar la voluntad política y mantener la atención centrada en los bienes públicos y la prevención, sobre todo entre aquellos que tienen más probabilidades de contraer el VIH y propagarlo, en los países que se encuentran en todas las etapas de la epidemia. En los países más gravemente afectados, el Banco debe intervenir para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del tratamiento del SIDA en los sistemas de salud y fortalecer los programas que tienen por objeto integrar a los huérfanos y a otros grupos gravemente afectados en las medidas nacionales de

protección social y otras medidas de lucha contra la pobreza.

**Relaciones de colaboración.** En los primeros años, el Banco colaboró estrechamente con el PMS de la OMS para obtener información técnica y en la actualidad colabora con el ONUSIDA, así como con organismos como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Gran parte de la ayuda actual del Banco a los gobiernos se presta en forma paralela y coordinada con la ayuda de los donantes bilaterales y multilaterales, y generalmente es cofinanciada por éstos. La supervisión se lleva a cabo cada vez con más frecuencia mediante la realización de exámenes conjuntos con los demás donantes y el gobierno.

La armonización de los procedimientos a nivel de los países reducirá la carga que supone para los gobiernos atender a los distintos requisitos de presentación de informes de múltiples organismos internacionales. El Banco Mundial ha respaldado la política de los “tres unos” de una autoridad nacional, una estrategia y un sistema de S&E. No basta con lograr acuerdo, sin embargo; hay que demostrar además que lo que se acuerda mejora la eficiencia y el impacto de los programas en cada país. Al Banco y sus asociados internacionales les cabe cierta responsabilidad, por ejemplo, por promover modelos de instituciones nacionales de coordinación multisectorial que en muchos casos están teniendo dificultades para ejercer sus funciones básicas.

Los asociados más importantes desde el punto de vista

**Cuadro 5.1: Aprobaciones de proyectos del FMSTM y compromisos del Banco Mundial en países que reciben ayuda de ambos (millones de US\$)**

<b>Agrupaciones de países</b>	<b>Proyectos aprobados del FMSTM (2 años)</b>	<b>Total de compromisos activos del Banco Mundial (5 años)</b>
Países participantes en el MAP en África:	544,59	959,1
Países del MAP I <sup>a</sup> (n = 12)	316,99	462,9
Países del MAP II <sup>b</sup> (n = 11)	227,60	496,2
Otros países <sup>c</sup> (n = 13)	200,49	468,7
<b>Total</b>	<b>745,08</b>	<b>1.427,8</b>

*Fuente:* Sitio web del FMSTM, visitado el 5 de noviembre de 2004.

a. Benin, Burkina Faso, Camerún, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Kenya, Madagascar, Nigeria, República Centroafricana, Uganda.

b. Burundi, Guinea, Guinea-Bissau, Malawi, Mozambique, Níger, Rwanda, República Democrática del Congo, Senegal, Tanzania, Zambia.

c. Bangladesh, Camboya, Chad, China, Federación de Rusia, Guyana, Honduras, India, Jamaica, Moldova, Pakistán, República Dominicana, Ucrania.

Cobertura: Todos los países con propuestas de proyectos del FMSTM aprobadas y firmadas para el control del VIH/SIDA y en los cuales el Banco también presta asistencia para ese fin.

En los casos en que se hayan aprobado varias propuestas del FMSTM, sólo se incluye el valor de los acuerdos de donación que se hayan firmado. En las propuestas aprobadas del FMSTM generalmente se incluyen sólo las relativas al VIH/SIDA. La excepción son los proyectos rotulados VIH/SIDA/TB, en los que no fue posible separar las dos partes. En esos casos, el monto total fue atribuido al SIDA.

del Banco deben seguir siendo los propios países en desarrollo. Los esfuerzos de armonización y de colaboración entre los donantes son importantes en la medida en que están orientados a los clientes y ayudan a los gobiernos a mejorar la pertinencia, eficiencia y eficacia de su respuesta. Subsiste el riesgo de que la armonización a nivel de los países amplíe el alcance de las actividades hasta el punto de incluir en ellas las prioridades y las convenciones de seguimiento de todos los donantes. Esto ya ha sucedido en el sistema de las Naciones Unidas: en la *Evaluación quinquenal del ONUSIDA* se llegó a la conclusión de que el Plan de Trabajo Integrado y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo a

nivel de los países “[carecen] de perspectiva estratégica y no responden a las necesidades de los países” (Poate y otros, 2002, p. xv). **Cuando mejor sirve el Banco a sus clientes es cuando emplea su ventaja comparativa para ayudar a los gobiernos a establecer prioridades y secuenciar las actividades sobre la base de los hechos observados. Puede hacer esto sosteniendo diálogos sobre políticas, realizando estudios analíticos participativos y diseñando proyectos que concentren la escasa capacidad disponible en las actividades de máxima prioridad —aquellas que probablemente produzcan el mayor impacto— con miras a la sostenibilidad de la respuesta.**







# Recomendaciones

**E**n la fase siguiente de su respuesta, el Banco debe ayudar a los gobiernos a utilizar los recursos humanos y financieros con más eficiencia y eficacia para producir un impacto en la epidemia de VIH/SIDA. Debe concentrarse en mejorar la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de los programas nacionales de lucha contra el SIDA mediante el fortalecimiento de la capacidad; el establecimiento de instituciones nacionales y subnacionales sólidas; la inversión estratégica en bienes públicos y en actividades que tengan probabilidades de producir el mayor impacto, y la creación de incentivos para seguimiento, evaluación e investigación basados en los datos locales que se utilizan para mejorar el desempeño de los programas.

## *Para toda la asistencia del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA*

**1. Ayudar a los gobiernos a actuar en forma más estratégica y selectiva, y a establecer prioridades empleando su limitada capacidad para ejecutar actividades que produzcan el máximo efecto en la epidemia.** La mayor priorización y secuenciación de las actividades mejorarán la eficiencia, reducirán la complejidad administrativa y asegurarán la ejecución en primer lugar de las actividades de mayor eficacia en función de los costos. En particular, el Banco debe asegurarse de que los bienes públicos y la prevención entre los que tienen más probabilidades de propagar el VIH reciban apoyo suficiente.

- El Banco debe ayudar a los gobiernos a priorizar y secuenciar la ejecución de las actividades que tengan probabilidades de producir el mayor impacto y en las que

participen sectores y organismos de ejecución de conformidad con sus ventajas comparativas para trabajar en colaboración con miras a obtener resultados epidemiológicos específicos. Es preciso determinar los costos; la eficacia en función de los costos; el impacto; la equidad; las necesidades de recursos humanos, y la sostenibilidad de varias estrategias de prevención, tratamiento y mitigación del SIDA.

- En lo que respecta a la prevención, en los proyectos ejecutados en países en todas las etapas de la epidemia se deben trazar sistemáticamente mapas del comportamiento de alto riesgo; hacer un seguimiento de la infección por el VIH y del comportamiento de las poblaciones con más probabilidades de contraer y propagar el VIH; asegurar a esos grupos una extensa cobertura de la información y de las intervenciones preventivas, y adoptar medidas para reducir el estigma y los obstáculos

los legales que impiden la prevención y la atención entre los grupos marginados. Un examen país por país de la medida en que esto se hace actualmente y un plan de acción para mejorar el desempeño serían formas de cumplir esta recomendación.

- En lo que respecta al tratamiento y la atención, en los países en que la prevalencia de la enfermedad es elevada, el Banco debe colaborar con el gobierno y otros asociados para establecer los costos, los beneficios, la asequibilidad y las consecuencias en términos de equidad de los distintos tipos de tratamiento de los enfermos de SIDA, como base para tomar decisiones racionales sobre la asignación de los recursos de salud. Esto debe ser una prioridad aun cuando esa atención no se financie con recursos del Banco. La realización de una encuesta entre la población acerca de la prevalencia del VIH es esencial para conocer el alcance y la distribución de la demanda de tratamiento y para diseñar estrategias de tratamiento y cuidado eficientes en los países de ingreso bajo gravemente afectados.

**2. Fortalecer las instituciones nacionales para administrar e implementar la respuesta a largo plazo, especialmente en el sector de la salud.** La ampliación de la respuesta a otros sectores prioritarios es importante, pero no se debería llevar a cabo a expensas de la inversión en la capacidad del sector de la salud para responder al SIDA. Además:

- Al prestar su ayuda, el Banco debería distinguir entre las instituciones y estrategias que tienen por objeto generar voluntad política (movilización) y aquellas cuyo objeto es la realización eficiente y eficaz de actividades sobre el terreno. Se ha demostrado que ambos objetivos son cruciales, pero la experiencia enseña que una sola institución tal vez no pueda satisfacerlos eficientemente.
- En la asistencia del Banco para luchar contra el VIH/SIDA se deben considerar estrategias para generar voluntad política, ampliarla y mantenerla en circunstancias específicas.
- Se debe hacer mayor uso del análisis institucional y político para aumentar la pertinencia y la eficacia a nivel local de las instituciones nacionales y subnacionales (incluidas las instituciones multisectoriales y las del Ministerio de Salud) en relación con la capacidad local, las realidades políticas y la etapa de la epidemia.

**3. Mejorar la base local de datos para tomar decisiones.** El Banco debe crear incentivos para que el diseño y la

gestión de la asistencia prestada a los países para la lucha contra el SIDA se guíen por datos pertinentes y oportunos producidos localmente y por estudios analíticos rigurosos.

- El Banco debe iniciar de inmediato —dentro de los próximos seis meses— un inventario y un análisis en profundidad del grado de ejecución de todas las actividades de seguimiento y evaluación (S&E) previstas y de la disponibilidad y comparabilidad a través del tiempo de los datos sobre insumos, productos y resultados que tienen importancia para estimar la eficacia de los programas, en todos los países en que hay proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y proyectos con componentes importantes de lucha contra el VIH/SIDA. Ese análisis debe servir de base para formular un plan de acción con un plazo determinado con el fin de mejorar los incentivos para el S&E en la ayuda del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA, con metas explícitas en cuanto a un mejor seguimiento y al uso periódico de la evaluación para aumentar la eficacia de los programas.
- En los proyectos en curso y los que están en etapa de planificación se debe definir en forma preliminar un programa de investigaciones encomendadas y estudios analíticos sobre cuestiones prioritarias del programa de lucha contra el SIDA<sup>1</sup>.
- Se debe realizar una evaluación independiente de las intervenciones programáticas piloto antes de repetirlas o ampliarlas; las que han sido intensificadas sin el beneficio de la evaluación se deben evaluar dentro de los próximos 12 meses como condición para continuar el financiamiento.
- El Banco debe convertirse en un “banco de conocimientos sobre el SIDA” mediante: el mantenimiento de una base central de datos sobre los estudios analíticos sobre el SIDA —incluidas las evaluaciones— patrocinados o administrados por el Banco, la que deberá ser completa, estar actualizada y resultar accesible para el personal, los clientes, los investigadores y el público; la elaboración de un mecanismo para la difusión sistemática al público interno y externo de los resultados de los estudios analíticos del Banco sobre el SIDA; la traducción de los productos clave, y la inversión en estudios e investigaciones prioritarias transnacionales que constituyen bienes públicos internacionales<sup>2</sup>.

#### *Para las actividades del MAP en África*

El MAP en África tiene por objeto mitigar los riesgos relativos a la voluntad política y la ejecución, pero hay pocos mecanismos estructurales que aseguren la eficiencia o la

eficacia. Esos riesgos se pueden reducir por medio de las siguientes medidas (además de las recomendaciones que anteceden, aplicables a todos los proyectos):

- **Una minuciosa evaluación técnica y económica de los planes estratégicos nacionales y de la política pública sobre el SIDA y un inventario de las actividades de otros donantes deben convertirse en parte habitual de la preparación de proyectos del MAP.** Si se determina que los planes estratégicos nacionales no son suficientes como base para priorizar y secuenciar las actividades, el Banco debe hacer participar a los clientes en discusiones estratégicas, con los estudios analíticos como fuente de información, para señalar las prioridades programáticas que reflejen la etapa de la epidemia, las limitaciones de la capacidad y el contexto local. Los proyectos complementarios se deben estructurar de tal forma que se lleven a cabo las actividades prioritarias, entre ellas el suministro de bienes públicos y la prevención entre las personas con comportamiento de alto riesgo.
  - **Los objetivos de la participación de diferentes segmentos de la sociedad civil en actividades específicas deben explicarse con claridad, para distinguir entre los invitados a participar con fines de movilización política y quienes tienen conocimientos técnicos y una ventaja comparativa en la ejecución de actividades con efecto directo en la epidemia.** Los resultados de las actividades de lucha
- contra el SIDA impulsadas por la comunidad deben evaluarse rigurosamente con respecto a su eficacia en términos de cambio de comportamiento o mitigación del impacto antes de ser renovadas, de conformidad con lo recomendado por el DEO en su evaluación del desarrollo de base comunitaria e impulsado por la comunidad. Como parte de esa labor, se debe analizar la complementariedad o la competencia entre las actividades de lucha contra el SIDA impulsadas por la comunidad y la respuesta descentralizada del sector público.
- **El Banco debe centrar el apoyo a la ejecución en los sectores con actividades que tengan el máximo impacto potencial en la epidemia y cierta ventaja comparativa en la ejecución —como el Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas, los sectores de educación, transporte y otros, según el país— y asegurar la futura disponibilidad de los recursos necesarios para supervisar sus actividades.** También es preciso articular con mayor claridad los objetivos de la acción multisectorial contra el SIDA, especialmente en relación con la movilización política y la ejecución; hay que definir más claramente a los agentes clave con respecto a cada uno de esos dos objetivos. Es necesario evaluar en cada país la relación entre el apoyo del MAP en África a los ministerios sectoriales y las actividades de lucha contra el SIDA en la asistencia dada a los sectores distintos del de la salud, y su relativa eficacia, con el fin de mejorar su complementariedad y de utilizar eficientemente los recursos de supervisión.







---

## APÉNDICE A: MARCO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACIÓN

---

La evaluación de la eficacia en términos de desarrollo de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA es difícil, en primer lugar, porque hay muchos factores determinantes de la propagación del VIH fuera del marco de las actividades de los donantes del Banco y los gobiernos. En definitiva, el comportamiento de las personas y las familias determina el curso de la epidemia y está condicionado por factores como la cultura, las instituciones políticas, el grado de instrucción, la condición de la mujer y el ambiente macroeconómico. En segundo lugar, el Banco es solamente uno de muchos actores en el campo de la lucha contra el VIH/SIDA, y el gobierno ejecuta, en forma directa o indirecta, a menudo en colaboración con otros cofinancistas, todos los proyectos apoyados por el Banco. Si bien el Banco puede influir en las políticas, el gobierno tiene la responsabilidad de adoptar las principales decisiones al respecto y de ejecutar los programas. Por ende, la eficacia en términos de desarrollo de las actividades del Banco está estrechamente vinculada a la eficacia del gobierno.

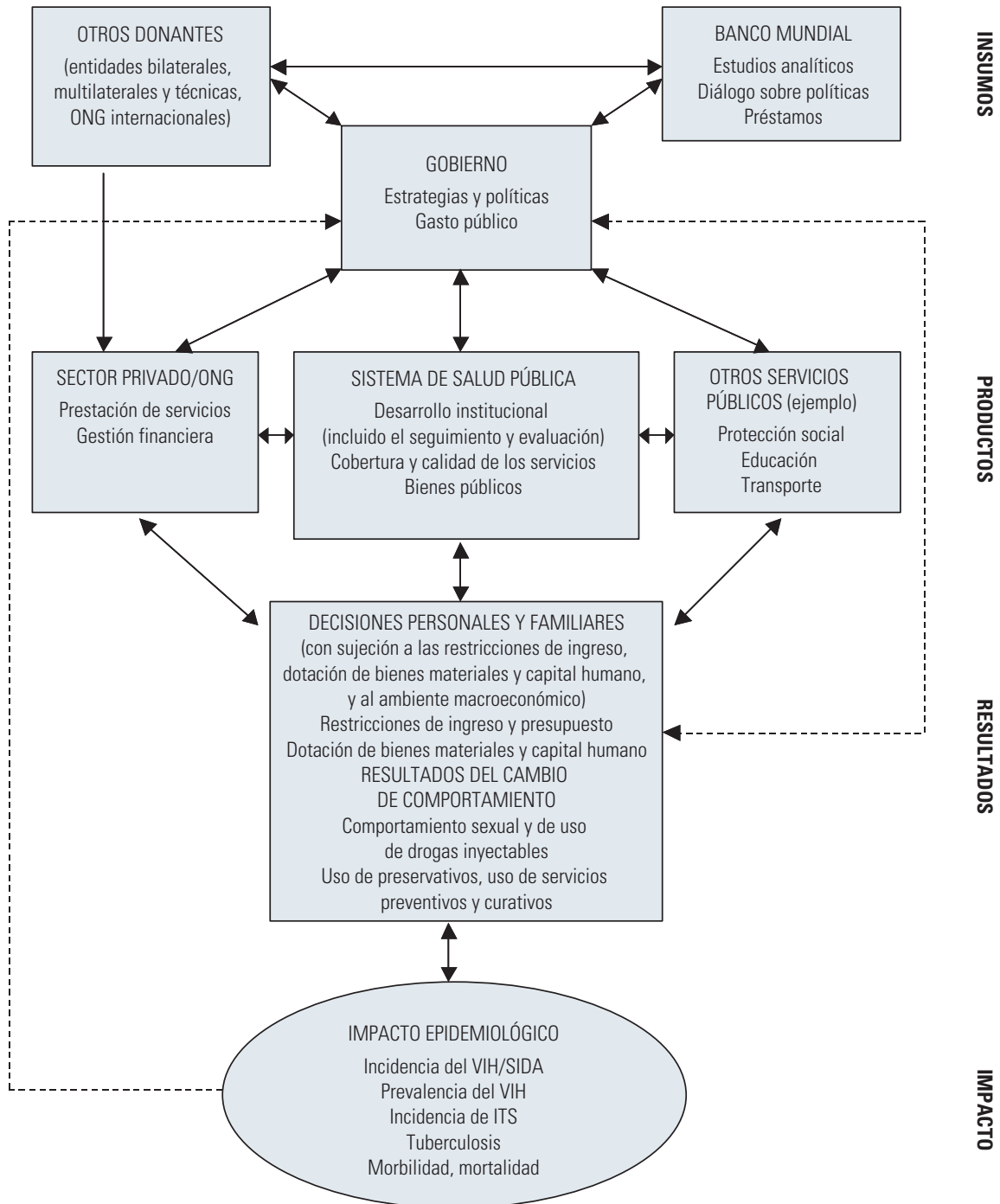
El Gráfico A.1 presenta un diagrama esquemático de los canales por los cuales se moviliza el efecto de la asistencia del Banco Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA en los productos del gobierno, los resultados del cambio de comportamiento y el impacto epidemiológico en el ámbito de cada país. El asesoramiento en materia de política, los estudios analíticos y los préstamos del Banco pueden tener un efecto directo en las políticas públicas al influir en las estrategias, las políticas y el gasto público del gobierno en actividades relacionadas con la epidemia de infección por el VIH/SIDA. En su conjunto, éstos son indicadores del compromiso del gobierno. En los países donde se ha descentralizado la toma de decisiones, el **compromiso del gobierno** se refleja en las estrategias y las decisiones sobre gastos en muchos niveles de la administración central y local. El Banco puede tener un efecto indirecto en el compromiso

por medio de su influencia en el comportamiento de otros donantes y una coordinación eficaz con sus actividades. A diferencia de otros donantes, que pueden interactuar tanto con el gobierno como, directamente, con el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG) en su condición de ejecutores, el Banco afecta el comportamiento del sector privado y de las ONG por medio de su impacto en las políticas y el gasto público del gobierno.

Las políticas y el gasto público del gobierno influyen en la lucha contra el VIH/SIDA mediante el fortalecimiento de los recursos y la capacidad del gobierno para proporcionar bienes públicos, cobertura y calidad de los servicios, y el fortalecimiento de las instituciones para administrar la respuesta al VIH/SIDA, tanto en el sistema de salud pública como en otros servicios públicos, por ejemplo los de educación, transporte y protección social. El gobierno también afecta la respuesta del sector privado y de las ONG por medio del ambiente regulador y jurídico, los subsidios públicos para ciertas actividades, y la subcontratación de servicios de gestión y ejecución. La capacidad y las actividades del sector privado y de las ONG también repercuten en las actividades del sistema de salud pública y, en algunos países, amplían el alcance de este último. La flecha bidireccional del Gráfico A.1 entre el sistema de salud pública y otros servicios públicos indica el grado de coordinación multisectorial de actividades. *Los productos de este nivel intermedio de entidades públicas y privadas representan la **ejecución** de las estrategias, políticas y actividades gubernamentales, algunas de las cuales puede financiar el Banco.*

En definitiva, el impacto epidemiológico de las políticas y programas gubernamentales de lucha contra el VIH/SIDA apoyados por el Banco depende del comportamiento de las familias y las personas. Dentro de sus restricciones de ingreso, capital humano y dotación de bienes materiales (como el patrimonio), así como del ambiente cultural y

**Gráfico A.1: Canales por los cuales se moviliza el efecto de la asistencia del Banco Mundial en los resultados de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA**





macroeconómico, las familias y las personas asimilan la información pública, adoptan decisiones sobre la asignación de su propio tiempo y sus recursos a varias actividades que aumentan o reducen su riesgo de contraer la infección por el VIH y deciden si consumen servicios públicos y privados (atención preventiva y curativa, educación, otros servicios sociales). Por ejemplo, deciden con quién asociarse, su número de parejas sexuales, si usan preservativos o si buscan tratamiento médico para una infección de transmisión sexual (ITS). *Por ende, las personas y las familias, en la medida en que se ven afectadas por las políticas y los servicios públicos, pueden cambiar de **comportamiento** (un resultado), lo cual, en interacción con el ambiente macroeconómico y epidemiológico, da como resultado cambios del **impacto epidemiológico** en lo que respecta a la infección por el VIH, otras ITS, la morbilidad por infecciones oportunistas características del SIDA (como la tuberculosis) y la mortalidad por SIDA.*

Esta evaluación se centra en documentar y evaluar estos elementos clave de la respuesta del Banco y del gobierno, incluidos los siguientes:

- *Las actividades del Banco y de los donantes*, su interacción o coordinación entre sí y con el gobierno y la sociedad civil.
- *El compromiso del gobierno* referente a la lucha contra el VIH/SIDA, medido por las políticas y estrategias adoptadas, y el monto y la distribución del gasto público por concepto de este problema.
- *La ejecución* de políticas y programas en lo que respecta a la cobertura y calidad de los servicios, la provisión de bienes públicos y el desarrollo institucional. Para entender los insumos y productos es vital determinar el grado de colaboración *multisectorial* dentro del gobierno y las *modalidades* y la *eficacia de la interacción de los sectores público y privado y las ONG.*

Las actividades del Banco y los donantes pueden considerarse **insumos**, y el compromiso y la ejecución por parte del gobierno, **productos**. En la evaluación se tratará de vincular los insumos con los **productos** y, donde sea posible, con los **resultados del cambio de comportamiento** y el **impacto epidemiológico** en el plano individual.

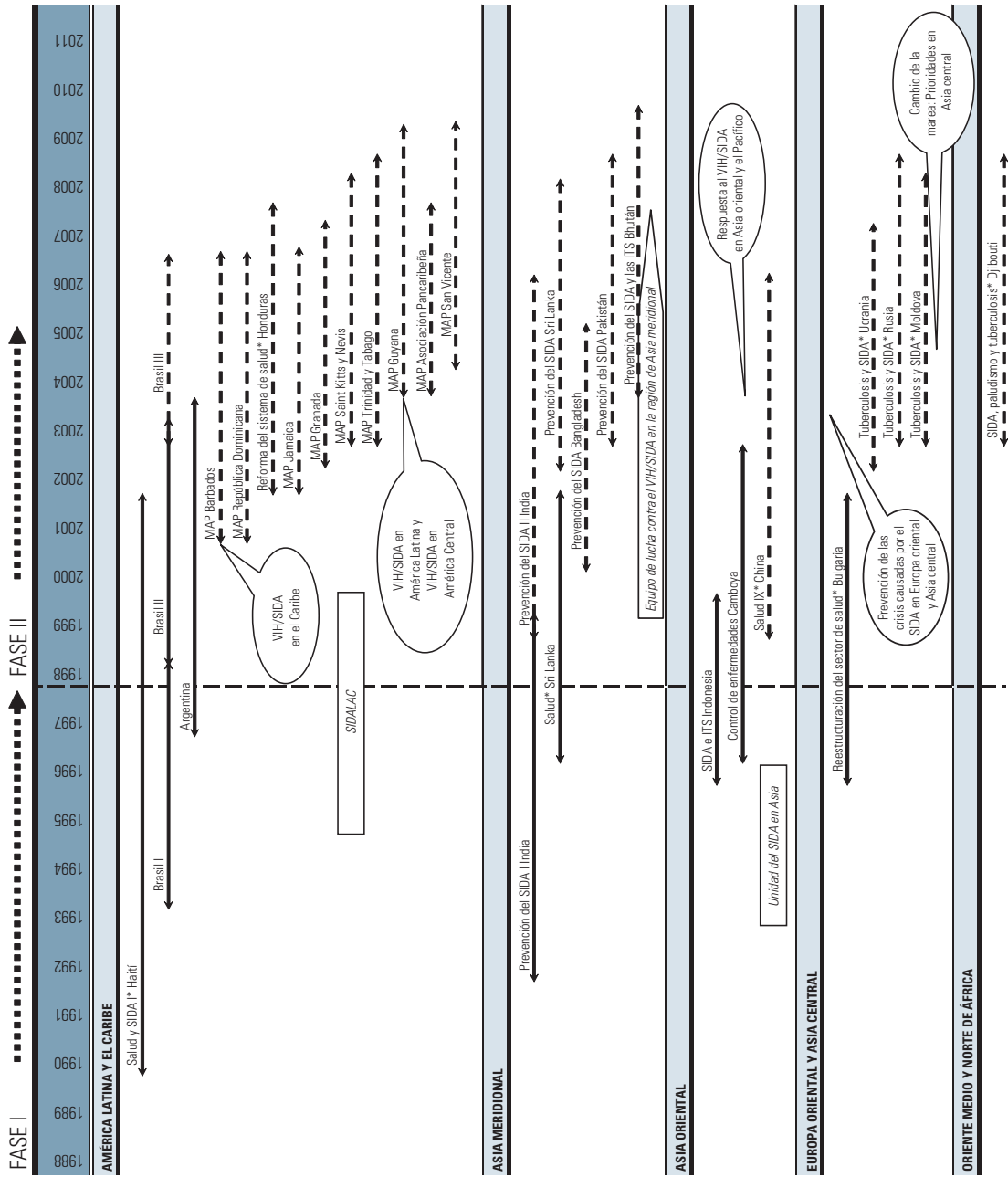


---

APÉNDICE B1: CRONOLOGÍA DE APROBACIONES DE PROYECTOS Y  
ESTRATEGIAS DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

---





\* Componente de SIDA.  
 Nota: Se han empleado años civiles y ajustado las fechas de iniciación y terminación de los proyectos según el semestre más próximo. Las fechas de formulación de las estrategias son las del comienzo del año de su publicación.



---

APÉNDICE B2: CRONOLOGÍA ANOTADO DE LA RESPUESTA DEL BANCO  
MUNDIAL AL VIH/SIDA

---

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1986		<p>Al comienzo de esta cronología, la unidad de Población, Salud y Nutrición es un departamento centralizado del Banco Mundial.</p>	<p>Al comienzo de esta cronología, el Banco había concedido préstamos directamente a proyectos de salud sólo desde 1980.</p>	<p>Barber Conable pasa a ser el séptimo presidente del Banco Mundial (julio). En octubre, el presidente Conable anuncia que se realizará una reorganización interna con asistencia de consultores profesionales en gestión.</p>
1987	<p>A pedido del PMS/OMS, se envía un economista del Banco a Ginebra a mediados de 1987 para estimar el impacto económico del SIDA. Los demógrafos del Banco Mundial comienzan a elaborar modelos del impacto demográfico del SIDA en determinados países (Tanzanía y el Zaire) con el modelo PRAY, que demuestra el impacto potencial del mayor uso de preservativos.</p>	<p>La publicación titulada <i>Financing Health Services in Developing Countries</i> [Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo] colocó el financiamiento de la salud en el centro del diálogo sobre políticas con los prestatarios y se concentró en mejorar la eficiencia y equidad. Las principales reformas fueron: el cobro de derechos a los usuarios en los establecimientos públicos de atención de salud; el sistema de seguro; el uso eficaz de recursos distintos de los del sector público, y un procedimiento descentralizado de planificación, presupuestación y adquisición.</p> <p>La reorganización cambia considerablemente la forma de organización del Departamento de Población, Salud y Nutrición. 1) En el nivel central, Población, Salud y Nutrición se convierte en una división del Departamento de Población y Servicios Humanos. 2) Se crean departamentos técnicos dentro de cada región, incluidas las unidades de población, salud y nutrición. 3) Dentro de las regiones se crean departamentos geográficos, a los</p>	<p>El Banco Mundial publica un comunicado de prensa con el anuncio de la aprobación del Proyecto de Salud y Planificación Familiar de Burundi (US\$14 millones), con un componente de US\$1,9 millones para apoyar el Programa Nacional de Control del SIDA (diciembre). El componente incluye análisis de sangre, IEC, capacitación de los trabajadores de salud, vigilancia, control de las ETS, e investigación y evaluación. Inmediatamente después de la negociación, el gobierno desea renegociar el componente de SIDA porque es financiado por un crédito (no una donación). El componente nunca se abandonó oficialmente. Se gastaron US\$715.000 en equipo, muebles e IEC cuyo costo se sufragó con fondos provenientes de otro componente del proyecto. El PMS/OMS financió la mayor parte de las actividades planeadas con US\$4,76 millones de donaciones, junto con otros donantes. Los fondos para el componente de SIDA se reasignaron para rehabilitar las instalaciones de atención de salud y construir otra infraestructura para ese fin.</p>	<p>El 8 de mayo, el Sr. Conable anuncia el comienzo de la reorganización, que terminará en septiembre. En el discurso pronunciado en las Reuniones Anuales del Banco Mundial y del FMI, el presidente Conable afirma que “[a]poyaremos el esfuerzo mundial de la Organización Mundial de la Salud para combatir el SIDA, una enfermedad que puede tener graves consecuencias para algunos países de África” (septiembre)<sup>a</sup>. Como parte de la reorganización, se fusionan dos vicepresidencias de las Oficinas Regionales de África (Oriental y Meridional, y Septentrional). Edward Jaycox es nombrado Vicepresidente de la Oficina de África al sur del Sahara.</p>



1987 (cont.)	que compete desempeñar conjuntamente las funciones antes divididas entre los departamentos encargados de programas y proyectos.	
1988	Se publica un artículo de investigación del Banco sobre los costos directos e indirectos del SIDA en Tanzania y el Zaire.	<p>El Departamento Técnico, África, prepara el informe titulado <i>Acquired Immunity Deficiency Syndrome (AIDS): The Bank's Agenda for Action (1988)</i> [El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Programa de acción del Banco (1988)]. En ese informe se pidió la asistencia del Banco a los países por medio de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo sobre políticas en materia de prevención y control.</li> <li>• Estudios analíticos sobre la propagación corriente y proyectada del VIH y las ETS.</li> <li>• Financiamiento de actividades prioritarias por medio de proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA y componentes afines, y reestructuración de proyectos activos de salud.</li> <li>• Movilización de los recursos de los donantes.</li> <li>• Capacitación del personal del Banco.</li> <li>• Lanzamiento de estudios y programas regionales.</li> <li>• Asistencia a los gobiernos en el establecimiento de centros subregionales de investigación y capacitación sobre el SIDA.</li> </ul>
		<p>Se aprueba el primer proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA en el Zaire, basado en la investigación de <i>Project SIDA</i>, dirigido por Jonathan Mann. Este es también el primer proyecto de salud en ese país y el primer proyecto aprobado por el Banco enfocado exclusivamente en la lucha contra una sola enfermedad. En el comunicado de prensa se señala que el préstamo promedio para actividades centradas en la población, la salud y la nutrición en general es de US\$220 millones anuales.</p> <p>Se aprueba el Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas del Nordeste del Brasil, con un componente de SIDA por un monto de US\$6,6 millones. (La mayor parte de este dinero se usó después para preparar el primer proyecto de lucha contra el SIDA en el Brasil).</p> <p>El Banco ofrece un préstamo para la lucha contra el SIDA a Tailandia, pero el gobierno no lo acepta.</p> <p>En el comunicado de prensa del Banco Mundial sobre el Día Mundial del Sida (diciembre) se indica que el Banco apoya varios componentes de proyectos de lucha contra el SIDA en siete países y prepara componentes de esa índole en otros nueve.</p>
		<p>En el boletín de información del personal, <i>Bank's World</i>, se publica un artículo sobre la propagación del VIH y su impacto en los sistemas de atención de salud y las economías. Se anuncian planes de incluir componentes de control del SIDA en 10 proyectos de salud.</p> <p>En África al sur del Sahara se han notificado solamente 5.000 casos de SIDA, pero se estima que hay 1 millón de africanos infectados (marzo).</p>



<p>1989 (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación a las personas con resultados positivos en la prueba de detección del VIH para "reforzar los patrones de comportamiento que podrían reducir la propagación de la infección".</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento rápidos de los pacientes con ETS y distribución de preservativos dirigida a los trabajadores sexuales.</li> <li>• IEC dirigidas a "las poblaciones escolares, las personas sexualmente activas y los trabajadores sexuales".</li> </ul>	<p>1990</p> <p>Los demógrafos del Banco Mundial incluyen la mortalidad por el SIDA en las proyecciones demográficas para todos los países.</p> <p>El Comité de Investigaciones del Banco Mundial aprueba financiamiento de la propuesta de investigación para estudiar el impacto de la mortalidad de los adultos en las familias en Kagera (Tanzania).</p> <p>Se realiza una encuesta longitudinal sobre el terreno de 1991 a 1994, cofinanciada por la USAID y DANIDA.</p> <p>Un economista del Banco pronuncia un discurso sobre el impacto económico del SIDA en la sesión plenaria de la Conferencia Internacional sobre el SIDA en África (Kinshasa). Se lanza el trabajo básico sobre el Tanzania AIDS Assessment &amp; Planning Study [Estudio de evaluación y planificación sobre el SIDA en Tanzania].</p> <p>Se aprueba el primer proyecto de salud y SIDA en Haití (enero), con un componente de SIDA por un monto de US\$3,3 millones. En el momento de terminar el proyecto, se habían gastado US\$10 millones en atención del SIDA.</p> <p>Se aprueba el proyecto PAPSCA para reducir los costos sociales del ajuste en Uganda, con un monto de US\$3,3 millones para un importante componente destinado a las viudas y a los huérfanos por causa de la guerra y del SIDA. En el período 1990-1991, se aprobaron proyectos con componentes de SIDA en tres países con baja tasa de prevalencia de infección por el VIH: Marruecos (1990), Malí y Madagascar (&gt;US\$1 millón pero &lt;10% de los costos de los proyectos).</p>
--	--

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1990 (cont.)	<p>publicado oficialmente sólo en diciembre de 1992. Estudios básicos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto demográfico (Bulatao, 1990).</li> <li>• Asistencia a los sobrevivientes (Ber- tozzi, 1990; Ainsworth y Rwegarullira, 1992).</li> <li>• Tratamiento de las infecciones oportu- nistas (Pallangio, 1990).</li> <li>• Eficacia en función de los costos de las intervenciones alternativas en IEC (Foote, 1990).</li> </ul> <p>Se lanza el trabajo sectorial sobre el im- pacto del SIDA en Uganda (diciembre), actualizado en 1993 con cifras del censo de Uganda, publicado en 1995. El trabajo básico incluyó el impacto del SIDA en la seguridad alimentaria.</p>			
1991	<p>Un economista pronuncia un discurso sobre "El impacto económico del SIDA: Choques, respuestas y resultados" en la sesión plenaria de la V Conferencia In- ternacional sobre el SIDA en África cele- brada en Dakar.</p> <p>Se preparan otros documentos de ante- cedentes sobre la evaluación del SIDA en Tanzania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecciones de mortalidad (Chin, 1991).</li> <li>• Costos y efectos del tratamiento de las ETS, análisis de sangre y preser- vativos (Over, 1991).</li> </ul>	<p>Un especialista en VIH/SIDA se incorpora en el Departamento Técnico de África, fi- nanciado durante casi tres años por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (junio).</p> <p>A su regreso de un taller sobre el impacto económico del SIDA en Sudáfrica, un fun- cionario señala que el consenso de la reunión se centró en que Sudáfrica está en condiciones de obrar más pronto que otros países africanos y puede aprender de la experiencia del Norte. En ese taller se estimó que habría 400.000 casos de SIDA en 2000<sup>b</sup>.</p>		<p>Lewis T. Preston pasa a ser el octavo presidente del Banco Mundial (Sep- tiembre).</p>

1992	<p>Investigadores publican tres estudios del impacto macro y microeconómico del SIDA.</p> <p>Se publica <i>Tanzania AIDS Assessment and Planning Study</i> [Estudio de evaluación y planificación del SIDA en Tanzania].</p> <p>Los demógrafos del Banco publican la obra titulada <i>1992-93 World Population Projections</i> [Proyecciones de la población mundial 1992-1993], que incorpora el pacto demográfico del SIDA en todos los países. Pronostican que la esperanza de vida en Uganda se reducirá de 48 años en 1985 a 44 años en 2000-2005 y en Zambia, de 53 a 46 años en el mismo período.</p> <p>Por ser escasos los conocimientos sobre la propagación del VIH en Sudáfrica, se prevé un aumento de la esperanza de vida.</p>	<p>Un especialista en VIH/SIDA en África es designado coordinador de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA en la región, con un grupo de trabajo informal formado por funcionarios de unidades técnicas y operativas. La región de África publica su segunda estrategia de lucha contra el SIDA: <i>Combating AIDS and other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A review of the World Bank's Agenda for Action</i> [Combate del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual en África: Examen del programa de acción del Banco Mundial] (1992).</p> <p>Esboza un programa de acción en los países con los fines siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular políticas multisectoriales para hacer frente al impacto de la epidemia.</li> <li>• Asignar recursos de prevención a los grupos con baja tasa de incidencia de infección por el VIH pero alta tasa de incidencia de ETS y a los grupos "nucleares de transmisión".</li> <li>• Establecer prioridades para prevención.</li> <li>• Incorporar las respuestas al VIH y a las ETS.</li> <li>• Fortalecer la infraestructura de salud.</li> </ul> <p>Esboza además <i>un programa de acción del Banco</i> con los fines siguientes:</p> <p>→ Evaluar el impacto del SIDA en el desarrollo y en los sectores de salud y otros.</p>	<p>Se aprueba el Proyecto Nacional de Control del SIDA en la India, el segundo proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA. Se crea la Organización Nacional de Control del SIDA (NACO). Al terminar el proyecto en 1999, el gobierno habrá gastado mucho más de sus fondos de contrapartida de lo acordado en un principio, lo que es señal del compromiso asumido.</p>	<p>El Jefe de la División de Salud, Nutrición y Población del Departamento Técnico de África hace una exposición sobre el VIH/SIDA ante el Equipo de Dirección Regional para África, que incluye a los gerentes de los departamentos distintos del de salud.</p>
------	---	--	--	--

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1992 (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir análisis panorámicos del VIH/SIDA en los estudios de los sectores distintos del de salud.</li> <li>• Realizar estudios analíticos de la eficacia de las intervenciones en la lucha contra el VIH/SIDA.</li> <li>• Asignar mayor prioridad a los préstamos para las partes del sistema de salud críticas para la prevención y el control de las ETS y la infección por el VIH.</li> <li>• Ampliar la participación de las ONG y las OBC.</li> <li>• Mejorar la información de los funcionarios del Banco dentro y fuera del sector de salud.</li> <li>• Continuar la colaboración con el PMS/OMS.</li> </ul> <p>➔ El SIDA <i>no debe</i> dominar el programa de salud, nutrición y población en África.</p>		
1993	<p>Con la publicación titulada <i>Disease Control Priorities in Developing Countries</i> [Prioridades en el control de enfermedades en países en desarrollo] se amplió el apoyo del Banco a los préstamos para proyectos de control de enfermedades. El capítulo sobre el VIH/SIDA y las ETS, de Mead Over y Peter Piot, destacó la función de los "grupos nucleares de transmisión" en la iniciación y el manteni-</p>	<p>Se establece la primera unidad regional de apoyo al SIDA, la <i>unidad del SIDA en Asia</i>, en la región de Asia oriental y el Pacífico.</p>	<p>Se aprueba el <i>Proyecto de Control del SIDA y las ETS</i> en el Brasil (US\$250 millones, de los cuales US\$160 millones representan un préstamo del Banco), con hincapié en la prevención entre las personas que tienen mayores posibilidades de contraer y propagar la infección por el VIH. El préstamo del BIRF se desembolsa con mayor rapidez de lo previsto.</p> <p>Se aprueba el primero de tres proyectos</p>	<p>El Sr. Jaycox, vicepresidente de la Oficina Regional de África, preside una sesión sobre el impacto económico del SIDA en un simposio de un día celebrado durante las Reuniones Anuales del Banco Africano de Desarrollo, en Abidján (Côte d'Ivoire).</p> <p>El presidente Preston del Banco Mundial asiste a la reunión de jefes de organismos de las Naciones Unidas, el Comité Admi-</p>

<p>1993 (cont.)</p>	<p>miento de una epidemia de ETS y la eficiencia teórica de destinar los recursos de prevención a esos grupos. En el <i>Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: invertir en salud</i> se destaca la función del gobierno en el mercado de salud. Se recomienda un enfoque triple: fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud; mejorar la eficacia en función de los costos del gasto público en salud y ampliar los programas básicos de salud pública, y promover la diversidad y la competencia en la provisión de servicios de salud y de seguro. Recomienda un conjunto de servicios básicos de salud eficaz en función de los costos, que incluya prevención de la infección por el VIH a un costo mínimo. La prevención temprana y eficaz de esa infección es indispensable por las razones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La infección por VIH se ha generalizado y se propaga con rapidez.</li> <li>• La eficacia de la prevención en función de los costos se reduce cuando las infecciones se trasladan de los grupos de alto riesgo a la población en general.</li> <li>• Las consecuencias del SIDA son graves y costosas.</li> <li>• La prevención tiene un aspecto político acentuado porque está vinculada a las relaciones sexuales y al uso de drogas.</li> </ul> <p>Las intervenciones prioritarias son:</p>	<p>de lucha contra las ITS en Zimbabwe, un país con un reconocido compromiso político de alto grado. El proyecto apoya sobre todo las compras de medicamentos. Después del caos económico y político que se produjo a partir de 1991, se suspenden los desembolsos de todos los préstamos al Zaire en 1993 y se cancela el primer proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA financiado por el Banco en 1994. Se desembolsaron sólo US\$3,3 millones del crédito de US\$8,1 millones. Sin embargo, la poca capacidad y los problemas relacionados con la gestión local de las actividades de ejecución llevaron a un lento desembolso aun antes de que surgieran esos problemas. Se inician los preparativos para lanzar un proyecto de prevención del VIH/SIDA en Nigeria por un monto de US\$19,2 millones (que será financiado con un crédito de la AIF de US\$13,7 millones), con sólido apoyo del Ministro de Salud. El proyecto propuesto tenía un componente de investigación y evaluación. Se concede una donación de US\$1 millón para la formulación de políticas y el perfeccionamiento de los recursos humanos que se destina a realizar varios estudios durante los preparativos, incluida una encuesta de hogares con módulos de prevalencia de la infección por el VIH y las ETS, un estudio de la factibilidad de la producción de preservativos y un estudio piloto de comer-</p>	<p>nistrativo sobre Coordinación, presidido por el Secretario General de las Naciones Unidas, sobre el "Programa Conjunto y Copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA", el 28 de octubre.</p>
-------------------------	---	---	--

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1993 (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información pública sobre protección.</li> <li>• Fomento del uso de preservativos.</li> <li>• Reducción de la transmisión sanguínea del VIH.</li> <li>• Integración de los servicios de prevención del VIH y de las ETS.</li> <li>• Fomento de las pruebas voluntarias anónimas.</li> <li>• Creación de sistemas de vigilancia de la salud pública.</li> </ul> <p>La investigación sobre el impacto macroeconómico del SIDA en Tanzania se publica en el <i>World Bank Economic Review</i>.</p>		<p>cialización social de estuches de examen de uretritis masculina.</p>	
1994	<p>Se publica "El SIDA y el desarrollo africano" en el <i>World Bank Research Observer</i>. El demógrafo del Banco proyecta las tasas de mortalidad hasta 2005, con el SIDA y sin éste. El Banco publica <i>World Population Projections 1994-95</i> [Proyecciones de la población mundial, 1994-1995], que narra el impacto del SIDA inmediatamente antes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo.</p>	<p>El especialista en VIH/SIDA de la región de África se convierte en funcionario del Banco (febrero). El coordinador general de VIH/SIDA, Deborahwork Zewdie, ingresa al Departamento central de Población, Salud y Nutrición. <i>El mejoramiento de la salud en África</i> formula estrategias prácticas para ese fin. La infección por el VIH/SIDA se identifica como la amenaza más nueva y alarmante para la salud. Se discuten la prevalencia de infección por el VIH, los grupos vulnerables, las formas de transmisión y el impacto económico, y se presentan los posibles costos del tratamiento del SIDA como parte del gasto total y del gasto público en salud. Las recomendaciones se incluyen en un recuadro: La respuesta en materia de política pública debe comer-</p>	<p>Se lanza un proyecto de lucha contra las ITS en Uganda y el primero de tres proyectos destinados a la población con amplos componentes de SIDA en Burkina Faso.</p>	<p>Sven Sandstrom, director gerente del Banco Mundial, pronuncia el discurso principal en la Conferencia Mundial sobre "El SIDA y el desarrollo: una preocupación compartida, una visión común", en Estocolmo. La conferencia es patrocinada por el Gobierno de Suecia.</p>



<p>1994 (cont.)</p>	<p>zar con la prevención. La máxima prioridad está en la educación pública cuidadosamente dirigida y en la celebración de campañas de promoción del uso de preservativos, además de la detección y el tratamiento de otras ETS. También se reconocen las crecientes necesidades de los pacientes de SIDA a medida que avanza su enfermedad y la presión impuesta a los hospitales africanos, lo cual subraya la importancia de la reforma del sistema de salud. Sin embargo, en general, la epidemia del SIDA se aborda muy poco en el documento y se excluye de las recomendaciones del informe.</p>	
<p>1995</p>	<p>Se publica el documento de trabajo del Banco Mundial titulado <i>Uganda's AIDS Crisis: Its implications for development</i> [La crisis del SIDA de Uganda: sus repercusiones para el desarrollo].</p>	<p>James Wolfensohn pasa a ser el noveno presidente del Banco Mundial (junio). El Banco financia el envío de una delegación de alto nivel de la Organización de la Unidad Africana acompañada por el coordinador de SIDA en la región de África, para discutir el plan de acción para la lucha contra el SIDA con cuatro presidentes africanos, como preparación para la asamblea de la OUA en 1996.</p>
	<p>Se aprueban los proyectos de <i>Control de las ITS en Kenya y de Población y Control del SIDA en Chad</i>. Después de dos años de preparativos y una evaluación <i>ex ante</i> del proyecto, se cancela el proyecto de prevención del SIDA en Nigeria por razones que no tienen nada que ver con los méritos del proyecto. En ese momento, había muchos problemas de gestión del gobierno, solamente se aprobaban proyectos del sector social y se habían cancelado varios de ellos después de su aprobación. La donación de US\$1 millón para investigación preliminar sobre formulación de políticas y perfeccionamiento de los cursos humanos todavía está aprobada para ejecución. Sin embargo, a la larga,</p>	<p>Se publica el informe titulado <i>Regional AIDS Strategy for the Sahel</i> [Estrategia regional contra el SIDA para el Sahel] para un conjunto de países extremadamente pobres con una tasa de prevalencia de infección por el VIH relativamente baja. Exige lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apoyo a los países para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias a mediano y largo plazos para formular políticas y programas sostenibles.</li> <li>• Fortalecimiento de las comunicaciones.</li> <li>• Comercialización social de los preservativos a un ritmo acelerado.</li> <li>• Tratamiento clínico ampliado de las ETS.</li> <li>• Asistencia a las iniciativas de las ONG y del sector privado.</li> </ul> </li> </ol>

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1995 (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplio análisis de políticas y coordinación de programas.</li> </ul> <p>2) Apoyo regional para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y fortalecimiento de la capacidad con los fondos de subvención recibidos de las comunidades donantes mediante la movilización de los dirigentes políticos y los líderes de opinión.</li> <li>• Proyectos piloto.</li> <li>• Estudios e investigación.</li> <li>• Apoyo técnico y capacitación.</li> </ul> <p>La región de América Latina y el Caribe propone que se apoye una Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), con sede en la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en la Ciudad de México. SIDALAC es financiada por medio de aportes del Banco al ONU-SIDA reservados para fines específicos. Sus principales objetivos son realizar estudios analíticos para planificación estratégica y divulgar los resultados y promover el intercambio de experiencias entre los países de la región.</p>	<p>tampoco se siguió adelante con ella después de una lucha de un año dentro del gobierno sobre quién sería el signatario de la cuenta pertinente a esas actividades.</p>	
1996		<p><i>AIDS Prevention and Mitigation in Sub-Saharan Africa: An Updated World Bank Strategy</i> (Prevención y mitigación del SIDA en África al sur del Sahara: estrategia actualizada del Banco Mundial):</p> <p>1) Comprobaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto familiar y sectorial.</li> </ul>	<p>Se aprueba el Proyecto de <i>Control de Enfermedades y Desarrollo Sanitario</i> en Camboya, el primer proyecto de salud aprobado por el Banco en ese país, con componentes para fortalecer los programas públicos de control de enfermedades infecciosas, concentrados en el SIDA, la</p>	<p>El presidente Wolfensohn y su esposa viajan a la India, visitan Dharavi, el barrio rojo de Mumbai, y se reúnen con los trabajadores del sexo y las ONG. El Presidente discute el SIDA con el Primer Ministro, el Presidente, el Ministro de Hacienda y los principales ministros de</p>

<p>1996 (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Progreso lento con las políticas multisectoriales.</li> <li>● Necesidad de expansión de la profundidad y amplitud de los proyectos piloto.</li> <li>● Necesidad de enfocar pronto las intervenciones en la epidemia en los grupos de máximo riesgo para lograr la mayor eficacia en función de los costos.</li> <li>● Necesidad de integrar el cuidado de los pacientes de SIDA en el sistema de salud.</li> </ul> <p>2) Nuevos campos de acción para el Banco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Logro de un compromiso político.</li> <li>● Cambio en los patrones de comportamiento de riesgo.</li> <li>● Movilización de recursos para intensificar la amplitud y profundidad de los programas.</li> <li>● Mejora del diseño y ejecución de medidas eficaces en función de los costos para mitigar los efectos de la epidemia.</li> </ul> <p>Sin embargo, como esta estrategia se formuló y divulgó inmediatamente antes de una reestructuración interna de la región de África, nunca se publica ni divulga. El Banco Mundial se une al ONUSIDA como uno de seis copatrocinadores. Se desmantela la unidad del <i>SIDA en Asia</i>.</p>	<p>tuberculosis y el paludismo.</p> <p>Se aprueba el <i>Proyecto de Prevención y Control del VIH/SIDA y de ETS</i> en India, el primer proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA en un país con una epidemia incipiente.</p> <p>Se aprueban proyectos de salud con componentes de SIDA en Bulgaria y Sri Lanka.</p> <p>El proyecto de Bulgaria financia solamente la seguridad de la sangre.</p>	<p>Maharashtra, Kamataka y Orissa (octubre).</p> <p>En el discurso pronunciado en las Reuniones Anuales, el presidente Wolfensohn pide la creación del "Banco de conocimientos" (octubre).</p> <p>El Sr. Jaycox, vicepresidente de la Oficina Regional de África, se jubila. Lo reemplazan dos vicepresidentes, los Sres. Callisto Madavo y Jean-Louis Sarbib.</p>
-------------------------	--	--	--

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1997	<p>El Departamento de Investigaciones del Banco publica el informe <i>Hacer frente al sida</i> en una conferencia de prensa dirigida por el Sr. Joseph Stiglitz, primer vicepresidente y primer economista del Banco. El informe recoge pruebas de los factores económicos y sociales determinantes de la epidemia, su impacto económico y la eficacia de las intervenciones en los países en desarrollo. Señala los principios que deben seguir las autoridades para el establecimiento de prioridades, expone los argumentos económicos a favor de la participación del gobierno en la lucha contra el SIDA y destaca la singular función del gobierno en la provisión de bienes públicos y su empeño en llevar a las personas con mayores posibilidades de contraer y transmitir el SIDA a tener un comportamiento más seguro. Propone el acceso de los pacientes de SIDA a atención de salud eficaz en función de los costos y la integración de programas y políticas de mitigación del SIDA con programas de reducción de la pobreza, y recalca la necesidad de intervenir pronto en los países con epidemias incipientes, tales como la India, China y Europa oriental, donde todavía pueden evitarse las epidemias. El prefacio del libro lleva la firma del Banco, el ONUSIDA y la Comisión Europea. Varios economistas del Banco Mundial pronuncian discursos sobre <i>Hacer frente</i></p>	<p>Se publica la <i>Estrategia Sectorial de Salud, Nutrición y Población</i>, que destaca los objetivos del Banco para mejorar los resultados obtenidos por los pobres en esos campos, dinamizar el funcionamiento de los sistemas de salud, y asegurar el financiamiento sostenible de la atención de salud. Se cita el surgimiento de nuevas epidemias y la carga de las enfermedades infecciosas, con mención del SIDA, la tuberculosis y el paludismo en un anexo. No hay una estrategia específica de lucha contra el VIH/SIDA.</p> <p>Se contrata el coordinador general del programa de SIDA que dirigirá las actividades de lucha contra la enfermedad en la región de África (septiembre).</p> <p>En una reorganización del Banco en 1997 se trató de lograr un mejor equilibrio entre el "enfoco en los países" y la "excelencia sectorial". El personal sectorial se agrupa en unidades o departamentos sectoriales regionales más amplios y trabaja con los departamentos encargados de los países en una relación matricial. Se crearon las Juntas Sectoriales (incluida la Junta Sectorial de Salud, Nutrición y Población) para agrupar a los gerentes regionales que trabajaban en el mismo sector. Se establecieron unidades de coordinación en todo el Banco para prestar apoyo de buena calidad a las regiones.</p>	<p>Se aprueba el <i>Proyecto de Control del SIDA y las ETS</i> en Argentina.</p>	<p>Se desata una crisis económica en Asia oriental en el verano de 1997.</p> <p>El Sr. Joseph Stiglitz, primer vicepresidente y primer economista, se dirige al Parlamento Europeo en Bruselas sobre la necesidad de hacer frente al SIDA en los países en desarrollo (25 de noviembre).</p>

<p>1997 (cont.)</p>	<p><i>al SIDA</i> en la sesión plenaria de la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en América Latina (Lima, Perú) y en la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en África (Abidján, Côte d'Ivoire) (diciembre). Se publica "Setting priorities for government involvement in antiretrovirals" [Establecimiento de prioridades para la participación del gobierno en el suministro de antirretroviricos] en un volumen de la OMS, basado en el trabajo sobre transmisión de la madre al niño en Tailandia.</p> <p>Se concluye la primera de varias partes de los estudios económicos y sectoriales realizados en los países con el patrocinio de la unidad del SIDA en Asia.</p>
<p>1998</p>	<p>La Comisión Europea publica 18 documentos de antecedentes para el informe titulado <i>Hacer frente al SIDA</i> en un volumen de esa serie. El informe original tiene amplia divulgación en América Latina y Asia, y se traduce al chino, español, francés, japonés, ruso y vietnamita.</p> <p>Se publica el documento de trabajo del Banco Mundial titulado "World Bank HIV/AIDS interventions: Ex-ante and ex-post evaluation" [Intervenciones del Banco Mundial en VIH/SIDA: evaluación ex ante y ex post], en el cual se examinan el diseño y los resultados de los proyectos patrocinados por el Banco hasta la fecha.</p> <p>Realización de un simposio conjunto del Banco Mundial y del ONUSIDA en Washington sobre el impacto demográfico del SIDA, dirigido por el Sr. Callisto Madavo, vicepresidente de la Oficina Regional de África (enero). Las alarmantes estadísticas sobre la reducción de la esperanza de vida conducen a una impresión anteintensificación del compromiso de la administración para la región de África para incorporar el SIDA en todo el trabajo de la región.</p> <p>Las oficinas del Primer Economista y del Vicepresidente de la Red sobre Desarrollo Humano forman un grupo de trabajo</p> <p>Se aprueba el segundo <i>Proyecto de Control del SIDA y las ETS</i> en el Brasil. Al terminar el proyecto en 2003, el gobierno ha gastado más fondos de contrapartida de los prometidos al proyecto en un principio.</p> <p>Se aprueba el <i>Proyecto de Población y Salud Reproductiva</i> en Guinea.</p> <p>En un discurso pronunciado ante la Comisión Económica para África en Addis Abeba, el presidente Wolfensohn coloca la educación y la salud como temas prioritarios del programa de trabajo en África e insta encarecidamente a los delegados a "pronunciar en forma vigorosa y franca las palabras "SIDA" y "prevención del SIDA". Afirma que el SIDA "necesita colocarse en el frente y el centro y que necesitamos recalcar la prevención" (febrero).</p> <p>El Sr. Callisto Madavo, vicepresidente de la Oficina Regional de África, pronuncia un discurso en la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA en Ginebra (30 de junio de</p>

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
1998 (cont.)	Se publican otras dos obras producidas por la unidad del SIDA en Asia.	para la vacuna contra el SIDA, presidido por el jefe del sector de salud, encargado de crear mecanismos nuevos e innovadores para que el Banco estimule la preparación más rápida de una vacuna contra el VIH/SIDA para los países en desarrollo (abril).		1998) sobre "el SIDA, el desarrollo y la función vital del gobierno". Habla del impacto del SIDA en el desarrollo y viceversa, y del aporte de los socios y donantes: a) mantener el SIDA en el programa de formulación de políticas; b) complementar los recursos de los países; c) "divulgar ampliamente la última información (biológica, técnica y sobre políticas) y facilitar el intercambio de experiencia entre los países"; d) facilitar bienes públicos internacionales, como investigaciones sobre vacunas y evaluación de las mismas. Si bien afirmó que el Banco no ha hecho lo suficiente, destacó el problema de la demanda: "Puesto que nuestros recursos son prístimos a los gobiernos, no podemos iniciar programas por cuenta propia. Los gobiernos deben buscar primero nuestro apoyo".
1999	Se publican otros cuatro documentos de la unidad del SIDA en Asia (incluso un boletín). Están próximos a realizarse estudios sectoriales sobre el Brasil y Uganda, vinculados a los proyectos.	Se lanza una nueva estrategia para la región de África titulada <i>Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa</i> [Intensificar la acción contra el VIH/SIDA en África]. Al señalar que se ha demostrado la eficacia en función de los costos de muchas intervenciones, la estrategia se concentra en crear un medio propicio y movilizar recursos para ampliar la cobertura de las intervenciones. Los cuatro pilares de la estrategia son:	Termina el primer <i>Proyecto de Control del SIDA</i> en la India, con el desembolso por parte del gobierno de más fondos de contrapartida de los previstos en el plan, lo cual es señal de una mayor voluntad política. Se aprueba un segundo <i>Proyecto de Prevención del SIDA en la India</i> .	El Sr. Madavo, vicepresidente de la Oficina Regional de África, se dirige a la Conferencia Internacional sobre el SIDA en África en Lusaka (Zambia); pide "un nuevo pacto sobre el SIDA", y lanza la nueva estrategia para la región de África para "intensificar" la lucha contra el SIDA (septiembre). El Sr. Madavo visita Etiopía para discutir los asuntos relacionados con el VIH/SIDA con el Primer Ministro y fomentar el de-

<p>1999 (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción para fortalecer el compromiso político.</li> <li>• Movilización de recursos.</li> <li>• Apoyo para la prevención del VIH/SIDA, respaldo y tratamiento.</li> <li>• Ampliación de la base de conocimientos.</li> </ul> <p>En el documento se recomienda un “enfoque participatorio descentralizado”. En los países con baja tasa de prevalencia (inferior a 7%), aconseja enfocarse en la prevención entre los grupos más expuestos al riesgo de transmitir el VIH. En los países con una alta tasa de prevalencia (7% o más), “el programa debe abordar objetivos más amplios, llegar a todos los grupos vulnerables y, al mismo tiempo, reforzar un cambio de comportamiento sostenible en las personas expuestas al mayor riesgo”.</p> <p>Se creó la unidad del Equipo para la Campaña contra el SIDA en África (ACT <i>africa</i>) para proporcionar recursos y apoyo técnico a los grupos a cargo de los países para “incorporar” las actividades de lucha contra el VIH/SIDA en todos los sectores, dirigidos por el Coordinador del SIDA en la región de África.</p> <p>La Unidad de Salud en Asia Meridional forma un pequeño grupo de lucha contra el VIH/SIDA apoyado con fondos de la Vicepresidencia de la Oficina Regional.</p>	<p>gasto de sólo US\$4,5 millones de los US\$24,8 millones comprometidos.</p> <p>Se aprueba en China un proyecto de salud con un importante componente de SIDA.</p> <p>Se lanza en Rusia un proyecto de control de la tuberculosis y el SIDA, con un amplio diálogo sobre políticas. Los debates y el desarrollo del proyecto continúan en 2002.</p> <p>El inventario de proyectos de SIDA para África está agotado: no hay preparativos en curso para nuevos proyectos de lucha contra el SIDA.</p>	<p>sarrollo de proyectos.</p> <p>La Sra. Mieko Nishimizu, vicepresidente de la Oficina Regional de Asia Meridional, habla del impacto del SIDA y de la necesidad de enfrentar la epidemia en la Conferencia Internacional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico (ICAAP), celebrada en Kuala Lumpur (octubre).</p> <p>Como seguimiento de esa conferencia, el presidente Wolfensohn envía cartas a los jefes de Estado de Asia meridional y oriental en las que señala el impacto económico del SIDA y los insta encarecidamente a obrar (diciembre).</p> <p>El presidente Wolfensohn viaja a Nigeria y eleva la importancia del SIDA en el diálogo sobre políticas.</p>
-------------------------	---	--	---

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
2000	<p>Como parte de la serie <i>Thailand Social Monitor</i> se publica el estudio titulado "Thailand's Response to AIDS" [Respuesta de Tailandia al SIDA], en el que se documenta la evolución de la epidemia, la política sobre el SIDA, los programas pertinentes y las pruebas de eficacia.</p>	<p>El Grupo de trabajo para la vacuna contra el SIDA hace recomendaciones sobre la forma en que el Banco puede acelerar desarrollo de una vacuna contra el SIDA (mayo). Sin embargo, la administración no toma ninguna medida sobre las recomendaciones. La Comisión Europea ofrece financiar junto con el Departamento de Economía del Desarrollo una de las recomendaciones, principalmente más inversiones sobre la demanda de vacunas contra el SIDA y su eficacia en función de los costos en los países en desarrollo. El Banco deja de reservar fondos de apoyo al SIDALAC; los fondos vuelven al ONU-SIDA, donde compiten con otras propuestas.</p>	<p>El Directorio aprueba el primer <i>Programa multinacional de lucha contra el SIDA</i> (MAP) para proporcionar un presupuesto de US\$500 millones para financiar proyectos de lucha contra el VIH/SIDA (septiembre). Los cuatro primeros proyectos se realizan en Kenya, Etiopía, Eritrea y Ghana. El proyecto de Etiopía pasa por un proceso de identificación, evaluación <i>ex ante</i> y negociación sólo en seis semanas. El proyecto de Eritrea se aparta del modelo establecido, pues se realiza en el Ministerio de Salud y tiene componentes de SIDA, tuberculosis y paludismo. Se aprueba un proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA en Bangladesh, que tiene una epidemia incipiente; se lanzan proyectos de salud con importantes componentes de SIDA en Kenya y Lesotho.</p>	<p>El presidente Wolfensohn pasa a ser el primer presidente el Banco Mundial en dirigirse al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Pide una "Guerra al SIDA" y afirma que los recursos y esfuerzos dedicados a la epidemia son sumamente inadecuados (enero). Estima que se necesitan de US\$1.000 a US\$2.300 millones para prevención en África, en comparación con US\$160 millones de asistencia oficial existente. En las Reuniones de Primavera del Banco Mundial y del FMI en Washington, D.C., el SIDA se coloca como el primer tema del orden del día ante el Comité para el Desarrollo, además del comercio y desarrollo, y del alivio de la deuda (abril): Ningún país que desee obrar se verá impedido en la ejecución por falta de recursos. En respuesta a una nota conceptual recibida de <i>ACTafrica</i> en que solicitan varios centenares de millones de dólares para préstamos para la lucha contra el SIDA en África no sujetos a los límites máximos impuestos por la AIF, la administración superior del Banco aprueba un monto aún mayor (US\$500 millones) a condición de que el grupo de África presente dos proyectos plenamente negociados al Directorio para las Reuniones Anuales de septiembre (junio). En la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Durban (Sudáfrica), el</p>



<p>2000 (cont.)</p>	<p>Banco promete una contribución de US\$500 millones para ayudar a la prevención y al cuidado del SIDA en África (julio).</p> <p>En la Conferencia sobre el SIDA en el Caribe, el Banco promete un impresionante aumento de su escala de asistencia para la lucha contra el SIDA en los países del Caribe: entre US\$85 millones y US\$100 millones. En el discurso pronunciado en las Reuniones Anuales, el presidente Wolfensohn destaca el gran aumento de los recursos facilitados a África (US\$500 millones) y la asistencia para el SIDA que asciende a un total de US\$1.000 millones. Pide que se exploren "instrumentos innovadores, incluso donaciones, para problemas acuciantes como el VIH/SIDA" (septiembre, en Praga, República Checa).</p> <p>El Sr. Wolfensohn viaja de nuevo a la India y señala la importancia del problema del SIDA.</p>
<p>2001</p>	<p>Se publican numerosos estudios sectoriales y documentos de antecedentes operativos.</p> <p>Se publican dos grupos de estudios de investigación que se concentran en: a) la demanda potencial de una vacuna contra el SIDA en los países en desarrollo, y b) el impacto económico de la mortalidad de los adultos por SIDA en los niños, los ancianos y las familias en Tanzania.</p> <p>Se formula la estrategia subregional para el Caribe titulada <i>VIH/SIDA en el Caribe: Problemas y opciones</i>.</p> <p>El Instituto del Banco Mundial lanza el Programa sobre el SIDA para dirigentes.</p> <p>Se aprueban siete proyectos del MAP en África en distintos países, uno de ellos en Madagascar, país con una epidemia de SIDA incipiente.</p> <p>Se aprueba el Proyecto de Lucha contra el SIDA en varios países del Caribe por un monto de US\$155 millones, en que los dos primeros préstamos se destinan a Barbados y a la República Dominicana. Se llega a un acuerdo para permitir el financiamiento del tratamiento antirretroviral</p>

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
2001 (cont.)			<p>en Barbados, un país de ingreso mediano alto (junio). Se aprueba el segundo <i>Proyecto de Política y SIDA</i> en Chad, fuera del MAP (julio).</p>	
2002	<p>El Banco publica el informe titulado <i>Economic Consequences of HIV/AIDS in Russia</i> [Consecuencias económicas del VIH/SIDA en Rusia] en mayo de 2002 y lo actualiza en noviembre. Parece tener repercusiones favorables en el compromiso del gobierno, junto con los contactos con el presidente Wolfensohn. En el informe titulado <i>Education and AIDS: A Window of Hope</i> [La educación y el SIDA: una ventana de esperanza] se lanzan las actividades del Banco para hacer participar al sector de educación en la respuesta al SIDA. El sector de protección social de la familia en la región de África publica el documento de trabajo titulado <i>Africa's Orphans and Vulnerable Children</i> [Los huérfanos y los niños vulnerables de África], con lo que se logra la participación de otro sector. Se publica un conjunto de instrumentos de lucha contra el SIDA para los proyectos de transporte.</p>	<p>Se crea el Programa Mundial sobre el VIH/SIDA. Se crea el Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA (GAMET), con sede en el Banco Mundial, para facilitar las actividades de patrocinio conjunto del ONUSIDA para fortalecer la capacidad de seguimiento y evaluación de los países y coordinar el apoyo técnico (junio). El VIH/SIDA figura como uno de los temas principales en una reunión celebrada en Beirut sobre "Los desafíos para la salud pública en el siglo XXI en el Oriente Medio y el Norte de África", patrocinada por la Oficina Regional de Oriente Medio y Norte de África del Banco, la OMS, los Institutos Nacionales de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. y la Universidad Estadounidense de Beirut. Asistieron a la reunión delegados de 22 países, incluso 11 ministros de Salud y Hacienda. En intervenciones hechas en tres sesiones, una de ellas de Peter Piot, director del ONUSIDA, se aborda la necesidad de hacer frente al SIDA en la región de Oriente Medio y Norte de África (junio).</p>	<p>Se aprueba un segundo presupuesto para un programa multinacional de lucha contra el SIDA por un monto de US\$500 millones (febrero). El segundo MAP permite financiar el tratamiento antirretroviral. Se aprueban siete proyectos del MAP en África en distintos países, incluso dos financiados con las primeras donaciones de la AIF (Guinea y Zambia). Se aprueba un proyecto nacional de prevención del SIDA (con una donación de la AIF) en Sri Lanka, que tiene una epidemia incipiente, y se aprueban proyectos de salud con importantes componentes de SIDA en Honduras y Ucrania. Este último es el primer compromiso importante de lucha contra el SIDA en Europa oriental no relacionado con la seguridad de la sangre. Se aprueban préstamos del BIRF para dos proyectos del MAP en el Caribe, en Jamaica y Granada.</p>	<p>Debrework Zewdie es nombrado primer asesor mundial sobre el VIH/SIDA, subordinado al Vicepresidente de la Red sobre Desarrollo Humano. El presidente del Banco, Sr. Wolfensohn, se reúne con el presidente Putin de Rusia y discute el compromiso referente a los préstamos para el control del SIDA. Las donaciones de la AIF se convierten en un nuevo instrumento para la lucha contra el SIDA (septiembre).</p>

2003	<p>Se divulga un trabajo de investigación titulado <i>Long-run Economic Costs of AIDS</i> [Costos económicos del SIDA a largo plazo] en Sudáfrica en la conferencia sobre el SIDA celebrada en Nairobi, con impresionantes conclusiones que aumentan la presión para obrar en Sudáfrica.</p>	<p>Se publica la estrategia regional sobre <i>Averting AIDS Crises in Eastern Europe and Central Asia</i> [Prevención de las crisis del SIDA en Europa oriental y Asia central].</p>	<p>Se aprueban ocho proyectos del MAP en África, financiados con donaciones de la AIF, incluso el primer proyecto regional en el corredor de transporte entre Abidján y Lagos.</p> <p>Se aprueba un primer proyecto de lucha contra el SIDA en Pakistán, que tiene una epidemia concentrada, y el tercer proyecto de lucha contra el SIDA en el Brasil. Se aprueban nuevos proyectos de lucha contra el SIDA y la tuberculosis en Rusia, seguidos de muchos años de diálogo y de estudios analíticos, y en Moldova.</p> <p>Se aprueban préstamos del BIRF para otros dos proyectos del MAP en el Caribe, en Saint Kitts y Nevis, y en Trinidad y Tobago.</p>
2004	<p>Termina un extenso estudio sobre modelos de los costos y consecuencias del tratamiento y de la prevención del VIH/SIDA en la India, realizado para informar al Gobierno de la India sobre las posibilidades de política referentes al tratamiento.</p> <p>En un informe de la región de Oriente Medio y Norte de África se destaca el costo de la falta de acción con respecto al VIH/SIDA.</p>	<p>La Oficina Regional de Asia Oriental y el Pacífico publica una estrategia regional titulada <i>Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific</i> [Abordar el VIH/SIDA en Asia oriental y el Pacífico].</p>	<p>El Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la malaria, el UNICEF y la Fundación Clinton llegan a un acuerdo que permite que los países apoyados por las tres instituciones obtengan acceso a antirretrovirales y a medios de diagnóstico con precios negociados por la Fundación Clinton (abril).</p> <p>El Sr. Jean-Louis Sarbib, vicepresidente de la Red sobre Desarrollo Humano, participa en deliberaciones de grupos de alto nivel sobre la responsabilidad relativa a los resultados de la asistencia para la lucha contra el VIH/SIDA en la 13ª Conferencia</p>

Año	Estudios analíticos	Estrategia y respuesta institucional	Préstamos	Sucesos en el Banco Mundial
2004	(cont.)			Internacional sobre el SIDA celebrada en Bangkok (julio).

- a. No se encontró ninguna referencia al SIDA en los discursos del presidente Clausen (1981-1986) ni del Presidente Preston (1991-1995) en la colección de archivos del Banco Mundial.
- b. "Aunque todavía no está claro el impacto económico total de la enfermedad, al parecer no estamos ante una situación catastrófica".
- c. Declaración del Sr. Wolfensohn ante el Comité para el Desarrollo, 17 de abril de 2000.

---

APÉNDICE B3: CRONOLOGÍA DE ACONTECIMIENTOS MUNDIALES  
RELACIONADOS CON EL SIDA

---

Acontecimientos				
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo	
			Tecnología/prácticas óptimas	
			Epidemiología	
1981		<p>Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU. publican la primera advertencia sobre la manifestación de una rara forma de neumonía en hombres homosexuales que, según determinación posterior, estaba relacionada con el SIDA (1).</p> <p>Primer caso notificado de enfermedad por inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad (GRID) en Francia (2).</p> <p>El <i>New York Times</i> publica el primer artículo sobre el SIDA (1).</p>		
1982		<p>Los CDC de los EE.UU. establecen oficialmente la expresión "síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)" (1).</p> <p>Se funda en los EE.UU. el grupo Gay Men's Health Crisis [Crisis de salud de los hombres homosexuales] (GMHC), el primer proveedor de servicios comunitarios de atención del SIDA en los EE.UU. (1).</p>	<p>Se diagnostica el primer caso de SIDA en el Brasil (3).</p> <p>La tuberculosis es la principal causa de defunción de los pacientes de SIDA en Puerto Príncipe (Haití) (2).</p>	<p>Notificación de casos de SIDA por transfusiones sanguíneas y posible transmisión de la madre al niño (4).</p> <p>Los CDC de los EE.UU. señalan cuatro factores de riesgo de SIDA: homosexualidad masculina, abuso de drogas inyectadas por vía intravenosa, origen haitiano y hemofilia A (1).</p>
1983	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) inicia la vigilancia mundial de los casos de SIDA (4).</p>		<p>El Gobierno de los EE.UU. formula recomendaciones para prevenir la transmisión del VIH por medio de contacto sexual y de transfusiones sanguíneas, entre las cuales se destacan: evitar el contacto sexual</p>	<p>Se cree erróneamente que los casos de SIDA en los niños se producen por transmisión casual en el hogar (4).</p> <p>Los CDC de los EE.UU. agregan un quinto factor de riesgo: las</p>

1983	<p>mitad de ellos en mujeres. Las revistas médicas no aceptan los resultados durante un año porque los revisores no creen en la propagación heterosexual; información inédita hasta julio de 1984 cuando se publicó en <i>The Lancet</i> (2). Observación de muertes insólitas de pacientes en los hospitales de Lusaka (Zambia) (2).</p>	<p>con las personas con SIDA; recomendar que los grupos expuestos a riesgo se abstengan de donar plasma y sangre, y evaluar los procedimientos de análisis de sangre (5).</p> <p>El Gobierno del Zaire apoya el establecimiento del <i>Projet SIDA</i> (con apoyo conjunto del Instituto Belga de Medicina Tropical, los CDC de los EE.UU. y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de los EE.UU.) para iniciar un estudio sistemático del VIH/SIDA a largo plazo: la tasa de infección por el VIH en Kinshasa se estimó entre 4% y 8% (7). Los investigadores del <i>Projet SIDA</i> (Zaire) observaron un vínculo entre el VIH y una mayor tasa de incidencia de tuberculosis (2). Se diagnostica el primer caso de SIDA en Tailandia en hombres homosexuales que regresan del exterior (8).</p>	<p>parejas sexuales femeninas de los hombres con SIDA, lo que indica que la población en general está expuesta a riesgo (1).</p> <p>Entre 1979 y 1984 se notificó a la OMS un número acumulativo de 13.142 casos de SIDA en todo el mundo (9).</p> <p>El Gobierno de los EE.UU. concede la licencia para la producción de los casos de SIDA en el mundo (9).</p>
1984	<p>Por primera vez en los EE.UU., el SIDA clasifica en los cuadros estadísticos como "enfermedad notifiable" (6).</p>	<p>El Gobierno de los EE.UU. apoya el establecimiento del <i>Projet SIDA</i> (con apoyo conjunto del Instituto Belga de Medicina Tropical, los CDC de los EE.UU. y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de los EE.UU.) para iniciar un estudio sistemático del VIH/SIDA a largo plazo: la tasa de infección por el VIH en Kinshasa se estimó entre 4% y 8% (7). Los investigadores del <i>Projet SIDA</i> (Zaire) observaron un vínculo entre el VIH y una mayor tasa de incidencia de tuberculosis (2). Se diagnostica el primer caso de SIDA en Tailandia en hombres homosexuales que regresan del exterior (8).</p>	<p>Entre 1979 y 1984 se notificó a la OMS un número acumulativo de 13.142 casos de SIDA en todo el mundo (9).</p>
1985	<p>Se celebra la Primera Conferencia Internacional sobre el SIDA en</p>	<p>Los bancos de sangre de los EE.UU. comienzan a hacer exámenes de</p>	<p>El Gobierno de los EE.UU. concede la licencia para la producción de los casos de SIDA en el mundo (9).</p>

Acontecimientos					
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo	Tecnología/prácticas óptimas	Epidemiología
1985 (cont.)	Atlanta, Georgia, patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. y la OMS. Se informa que hubo una epidemia más antigua de SIDA en África que puede haberse originado en monos, lo que llevó a culpar y a señalar a África como la fuente de la epidemia. Los dirigentes africanos se disgustaron por la insinuación, y se creó resistencia al trabajo de los investigadores extranjeros (2).	Se prohíbe que Ryan White, joven estadounidense, asista a la escuela porque tiene SIDA: White habla contra el estigma y la discriminación (1). Rock Hudson, actor estadounidense, muere de SIDA (1). Alemania distribuye 27 millones de folletos sobre el SIDA y promueve el uso de preservativos (2).	(Tanzania). Los médicos de Tanzania los identifican como casos de SIDA, a partir de comparaciones con los síntomas publicados en las revistas médicas de los EE.UU. El Hospital Walter Reed del Ejército de los EE.UU. confirma casos de SIDA en pacientes hospitalizados (un año antes) en Lusaka (Zambia).	comercial de los primeros análisis de sangre para detección del SIDA (4). Se adoptó una nueva definición del SIDA formulada en Bangui para reflejar los síntomas clínicos (4). Investigadores de Australia notifican un caso de SIDA causado por la lactancia materna (10).	
1986		El presidente Reagan, de los EE.UU., menciona por primera vez la palabra "SIDA" en público (1). El <i>Projet SIDA</i> (Zaire) observa que la tasa de infección en la población general de Kinshasa en 1985 equivale aproximadamente a una tercera parte de la observada en hombres homosexuales en San Francisco. Los principales factores de riesgo identificados son varias parejas heterosexuales, inyecciones con agujas sin esterilizar y viajes al exterior (2).	Se diagnostican los primeros casos de SIDA en la India y Etiopía (11, 12). El Director General de Salud de los EE.UU. publica informes sobre el SIDA en los que hace un llamado en pro de la educación y del uso de preservativos (1). Los primeros resultados de una prueba clínica muestran que la zidovudina (AZT) desacelera el avance del VIH (13).	Se descubre el VIH-2, una segunda cepa del VIH, prevalente en África occidental (2). Se notifican a la OMS 28.791 nuevos casos de SIDA en el mundo (9).	
1987	Se establece el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA (PMS/OMS) (1). El SIDA es la primera enfermedad	El Secretario de Estado para Servicios Sociales del Reino Unido visita los EE.UU. y le da la mano a un paciente de SIDA (4).	El presidente Kaunda de Zambia anuncia que su hijo ha muerto de SIDA (4). Se funda en Uganda la Organización de progra-	El PMS/OMS pide el establecimiento de programas nacionales de lucha contra el SIDA en todos los países y la ejecución de progra-	Se notifican a la OMS 54.741 nuevos casos de SIDA en el mundo (9). El PMS/OMS crea el Epimodel,



<p>1987 (cont.)</p>	<p>En los EE.UU. se forma la <i>AIDS Coalition to Unleash Power</i> [Coalición del SIDA para liberar el poder] (ACT UP) en respuesta al costo propuesto de la AZT (1). La princesa Diana inaugura el primer pabellón hospitalario para pacientes de SIDA y da la mano a varios de ellos (4). Se publica <i>And the Band Played on: People, Politics and the AIDS Epidemic</i> [Y la banda siguió tocando: la política, la gente y la epidemia de SIDA], de Randy Shilts, en la que se detalla la respuesta de los EE.UU. a la epidemia de SIDA (1). Se diagnostica el primer caso de SIDA en la Unión Soviética (15). El presidente Reagan, de los EE.UU., pronuncia su primer discurso importante sobre el SIDA, en el que afirma que la abstinencia no se ha recalcado adecuadamente y señala que la "medicina y la moral enseñan las mismas lecciones" (2).</p> <p>La Cruz Roja de Uganda inicia actividades de control del VIH/SIDA y trabaja junto con Philly Lutaya, intérprete de rock, el primer uganés famoso en divulgar su infección por el VIH.</p> <p>El Gobierno de los EE.UU. aprueba la AZT como el primer medicamento antirretroviral para el tratamiento de SIDA (1).</p>	<p>mas de prevención, incluso de prevención de la transmisión sexual por medio de educación; prevención de la transmisión parenteral mediante el mantenimiento de la seguridad de las existencias de sangre, y prevención del abuso de drogas inyectadas por vía intravenosa, además de educación y tratamiento de sus usuarios; garantía de la esterilidad del equipo de inyección, y prevención de la transmisión perinatal (16).</p> <p>un programa informático para crear modelos, que permite estimar el número de infecciones por el VIH y de casos de SIDA en el momento de un estudio (17).</p>	
<p>1988</p>	<p>En los EE.UU. se establece el primer programa integral de intercambio de agujas en Tacoma, Estado de Washington (1). Brote de infección por el VIH en las instituciones médicas infectadas a más de 300 lactantes en las regiones de Kalmykia y Rostov de la</p>	<p>La tasa de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables aumenta a 40% en Bangkok (Tailandia) (8). Se descubre que la tasa de infección por el VIH entre los trabajadores sexuales de Addis Abeba (Etiopía) es de 20% (8).</p>	<p>Se notifican a la OMS 75.975 nuevos casos de SIDA en todo el mundo (9).</p>

Acontecimientos			
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo
			Tecnología/prácticas óptimas
			Epidemiología
1988 (cont.)	<p>a la discriminación por causa del SIDA; daba primacía a los programas nacionales de educación como forma de limitar la propagación del SIDA, y reafirmaba la función del PMS en el liderazgo internacional” (2). Sin embargo, muchos representantes hicieron caso omiso del mensaje de favorecer las medidas educativas en lugar de las represivas para luchar contra la epidemia. Primer Día Mundial del SIDA, que se celebrará anualmente (1).</p> <p>El PMS vincula cada vez más las cuestiones de derechos humanos con la propagación del VIH/SIDA (2). Halfdan Mahler renuncia al cargo de Director General de la OMS; lo reemplaza Hiroshi Nakajima.</p>	<p>Unión Soviética (2). La asistencia externa mundial para el SIDA se estima en US\$60 millones (18).</p>	
1989		<p>El Gobierno de los EE.UU. crea la Comisión Nacional sobre el SIDA (1). Activistas en la lucha contra el SIDA organizan varias protestas importantes sobre los altos costos de los medicamentos para tratar el SIDA en los EE.UU. (1).</p>	<p>La OMS publica una declaración sobre el vínculo entre la infección por el VIH/SIDA y la tuberculosis, las cuales son epidemias crecientes (19). Se descubre que la tasa de infección por el VIH en los trabajadores del sexo de Chiang Mai (Tailandia) es de 44%; 0,5% en los reclutas del ejército (8). En una provincia de Tailandia se realiza un programa piloto de “100% de uso de preservativos” entre los trabajadores del sexo comerciales.</p> <p>Se notifican a la OMS 97.243 nuevos casos de SIDA en todo el mundo (9).</p>
1990		<p>Muere Ryan White; el Gobierno de los EE.UU. promulga la Ley de Aten-</p>	<p>Se notifican a la OMS 102.289 nuevos casos de SIDA en el</p>

<p>1990 (cont.)</p> <p>Jonathan Mann renuncia al cargo de Director del PMS/OMS (4). Lo reemplaza Michael Merson. Sexta Conferencia Internacional sobre el SIDA en los EE.UU.: las ONG boicotean la conferencia para protestar contra la política de inmigración de los EE.UU. (1). La Sociedad Internacional de SIDA anuncia que no celebrará ninguna conferencia en los países con restricciones de viaje (4).</p>	<p>ción Ryan White, que proporciona fondos federales para servicios comunitarios de atención y tratamiento (1).</p>	<p>El Gobierno de los EE.UU. aprueba la AZT para el tratamiento del SIDA pediátrico (1).</p>	<p>El mundo (9).</p>
<p>1991</p>	<p>Magic Johnson, estrella del baloncesto de los EE.UU., anuncia que es seropositivo (1).</p> <p>El nuevo primer ministro Anand de Tailandia lanza un programa de prevención y control del SIDA como prioridad nacional, incluida una campaña general de información pública y un programa de 100% de uso de preservativos entre los trabajadores del sexo comerciales (8). Los especialistas en modelos de proyección del Colegio Imperial (Reino Unido) pronostican que el SIDA podría reducir el crecimiento demográfico en África (21).</p>	<p>La OMS formula directrices para el tratamiento clínico de la infección por el VIH en adultos (21).</p>	<p>Se notifican a la OMS 125.779 nuevos casos de SIDA en todo el mundo (9).</p>
<p>1992</p>	<p>La OMS fija una meta prioritaria para prevención: la disponibilidad de preservativos (4). La Asamblea Mundial de la Salud respalda la estrategia mundial de la OMS en materia de prevención y control del SIDA y pide a los esta-</p>	<p>Por primera vez se emplea con éxito la farmacoterapia combinada (doble). Se expresa preocupación no solamente por el aumento de la incidencia de tuberculosis en las personas seropositivas, sino por el</p>	<p>Se notifican a la OMS 149.799 nuevos casos de SIDA en todo el mundo (9).</p>

Acontecimientos				
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo	
1992 (cont.)	<p>dos miembros que intensifiquen la prevención y amplíen el compromiso político; adopten la estrategia mundial actualizada, con particular atención a la acción dirigida a las mujeres, los niños y los adolescentes; integren las actividades de prevención y control del SIDA con las de ETS; intensifiquen la prevención de la transmisión por medio de la sangre y los hemoderivados; movilicen los recursos nacionales para una respuesta multisectorial con fines de prevención y mitigación; adopten medidas contra la discriminación; superen la negación sobre el alcance de la epidemia, y eduquen a los profesionales de salud en el cuidado de los pacientes de SIDA (22).</p> <p>Se publica <i>El SIDA en el mundo</i> (23).</p>	<p>África oriental (25).</p> <p>El Departamento de Estado de los EE.UU. publica un "borrador preliminar" con pronósticos de una reducción de 15 años en la esperanza de vida al nacer y tasas de infección de 10% a 30% en África al sur del Sahara (24).</p>	<p><b>Tecnología/prácticas óptimas</b></p> <p>mayor riesgo de contraerla para el resto de la población.</p>	<p><b>Epidemiología</b></p>
1993			<p>Informes de transmisión del VIH Se notifican a la OMS 308.353 nuevos casos de SIDA en todo el mundo (9).</p> <p>Rudolf Nureyev, estrella del ballet ruso, muere de SIDA (1).</p> <p>El Gobierno de Rusia promulga la primera ley sobre el SIDA de la era postsoviética (15).</p> <p>La tasa máxima de infección por el VIH en los reclutas del ejército en Tailandia es de 4%, después de alcanzar más de 12% el año anterior</p>	

1993 (cont.)	entre los reclutas del norte de Tailandia (8).	
1994	<p>La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo del 5 al 13 de septiembre, respalda un plan de acción que pide que: a) los programas de salud reproductiva intensifiquen los esfuerzos para prevenir, detectar y tratar las ETS; b) se ofrezca a los proveedores de atención de salud, entre ellos, a los proveedores de servicios de planificación familiar, formación especializada en prevención y detección de las ETS, incluidos el VIH/SIDA, y orientación al respecto; c) se incorporen componentes de información, educación y orientación sobre el comportamiento sexual responsable y la prevención de las ETS y la infección por el VIH en todos los servicios de salud reproductiva, y d) se promuevan el suministro y la distribución adecuados de preservativos de alta calidad como componentes integrales de todos los servicios de salud reproductiva. "Todas las organizaciones internacionales pertinentes, sobre todo la OMS, deben ampliar considerablemente sus adquisiciones" (23).</p>	<p>Se demuestra que la AZT reduce el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño en proporción de 67,5% (30). El período mediano transcurrido desde la infección por el VIH hasta la manifestación del SIDA se dete- termina a partir de los datos obtenidos sobre los hombres homosexuales en cohortes de en- sayos de vacunas contra la hepati- tis B en Ámsterdam, la ciudad de Nueva York y San Francisco en el período 1978-1991: 122 meses (10,2 años) desde el momento de la in- fección hasta la manifestación del SIDA y 20 meses (1,7 años) desde el diagnóstico inicial del SIDA hasta la muerte (31). El tiempo de supervivencia me- dianamente desde que se registra un re- cuento de 200 linfocitos T CD4 en hombres homosexuales en San Francisco aumentó de 28 meses en 1983-1986 a 38 meses en 1988-1993, debido principalmente a la prevención y al tratamiento de neumonía por <i>Pneumocystis car- iini</i>. La AZT no tuvo ningún efecto en el tiempo de supervivencia (32). En un ensayo aleatorizado, contro-</p>

Acontecimientos		Tecnología/prácticas óptimas	Epidemiología
Año	Internacionales	Mundo en desarrollo	
1994 (cont.)			lado, de doble anonimato, se observó que no hubo ninguna diferencia significativa en los resultados clínicos o la evolución de la enfermedad causada por el VIH en personas seropositivas tratadas de inmediato con AZT y en personas cuyo tratamiento se aplaza (33). Se observa que los regímenes con dos antirretrovirales tienen una eficacia moderada para la reducción de la morbilidad, agregan menos de un año de supervivencia sin enfermedad y no tienen ningún beneficio real en la duración de la vida (34).
1995	Se celebra por primera vez en África la 7ª Conferencia Internacional sobre el SIDA para las personas con infección por el VIH/SIDA en Durban (Sudáfrica) (4).	Los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud de 1995 en Uganda muestran una reducción del porcentaje de adultos jóvenes que han tenido relaciones sexuales alguna vez, un aumento del uso de preservativos y una baja del porcentaje de personas con una pareja ocasional, lo que podría explicar las pruebas de reducción de la incidencia de infección por el VIH en Uganda. Sin embargo, no está claro si esos cambios pueden atribuirse a la política pública o los enormes estragos causados por la mortalidad	La OMS estima que hay 4,7 millones de nuevas infecciones y 1,8 millones de nuevos casos de SIDA (9). Los resultados de un ensayo aleatorizado controlado en Mwanza (Tanzania) revelan que el tratamiento de las ETS sintomáticas reduce la incidencia de infección por el VIH más de 40% (35). Los investigadores presentan pruebas del impacto de los programas de reducción del daño en el mantenimiento de una baja tasa de prevalencia de infección por el VIH en

<p>1995 (cont.)</p>	<p>usuarios de drogas inyectables (36). La investigación indica que el tratamiento debe ser intensivo y al principio de la infección por el VIH; en otras palabras, "hay que obrar al principio y con fuerza" (37). La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. autoriza el uso de saquinavir, el primer medicamento inhibidor de la proteasa para el tratamiento de la infección por el VIH (38).</p>
<p>1996</p>	<p>El Gobierno del Brasil comienza la distribución nacional de antirretrovirales (1). El tratamiento breve con AZT demuestra ser eficaz para prevenir la transmisión de la madre al niño en África (40). Los investigadores documentan cambios en el comportamiento sexual y una menor tasa de infección por el VIH en los hombres jóvenes de Tailandia (41). En un ensayo comunitario del tratamiento de las ETS en masa en la población de Rakai (Uganda) se observa que el tratamiento de las ETS reduce la incidencia de esas enfermedades pero no de la infección por el VIH (42). Esos resultados son diametralmente opuestos a los obtenidos en Mwanza (Tanzania) y dan origen a una discusión sobre</p>

Acontecimientos			
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo
1995 (cont.)		Los CDC de los EE.UU. informan que la tasa de defunción por SIDA en ese país se redujo en 1996 (6).	los condiciones en las cuales una menor tasa de incidencia de las ETS convencionales reducirá la incidencia de infección por el VIH. El gasto nacional de Tailandia por concepto del SIDA asciende a US\$82 millones.
1997			<p>El Gobierno de los EE.UU. publica directrices preliminares que recomiendan un tratamiento temprano e intensivo de las personas infectadas por el VIH con triple tratamiento medicamentoso, incluso de personas asintomáticas y, por lo demás, sanas (45).</p> <p>El costo anual del TARGA por infección en los países occidentales es del orden de US\$20.000, monto que incluye medicamentos, seguimiento y visitas a los servicios de atención ambulatoria (45).</p> <p>Se cree que el tiempo de supervivencia después de la infección por el VIH en los países en desarrollo es menor que en el mundo industrializado—tal vez de siete años—, pero no hay muchas pruebas.</p>
1998	El ONUSIDA publica su primer informe sobre la epidemia mundial de infección por el VIH/SIDA (17).	Catorce de los mayores donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo del OCDE proporcionan (1).	Se forma la Campaña de Acción sobre el Tratamiento en Sudáfrica (1).
			<p>A fines de 1998, el ONUSIDA estima que había 5,8 millones de nuevas infecciones, de las cuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5,8 millones de nuevas infecciones en ese año, de las cuales 590.000 eran de menores de 15 años.</li> <li>30,6 millones de personas con infección por el VIH/SIDA.</li> <li>2,3 millones de defunciones por SIDA en ese año.</li> </ul>



<p>1998 (cont.)</p>	<p>La 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA, de periodicidad anual, celebrada en Ginebra, informa sobre posibles problemas del TARGA, entre ellos efectos secundarios, observancia terapéutica, costos elevados y aparición de cepas resistentes.</p>	<p>US\$300 millones (18).</p>	<p>Los precios de la AZT se reducen 75% después de publicarse los resultados del ensayo de transmisión de la madre al niño en Tailandia (4). Se inicia el primer ensayo en gran escala con sujetos humanos sobre la vacuna contra el SIDA con AIDS-vax (4). Los CDC de los EE.UU. publican directrices en las que se pide precaución al iniciar el tratamiento demasiado temprano (48).</p>	<p>590.000 eran de menores de 15 años; 33,4 millones de personas estaban infectadas en ese momento en todo el mundo, y 13,9 millones habían muerto desde el comienzo de la epidemia (49).</p>
<p>1999</p>	<p>El Día Mundial del SIDA se centra en las personas menores de 25 años de edad (4).</p>	<p>Sudáfrica gana la primera ronda en una batalla con los EE.UU. y las compañías farmacéuticas para forzarlas a reducir los precios de los medicamentos (4). El presidente Moi, de Kenya, declara al SIDA catástrofe nacional (4).</p>	<p>Comienza en Tailandia el primer ensayo de una vacuna en sujetos humanos en un país en desarrollo (1). Se observa que la nevirapina tiene un precio más asequible y es más eficaz para reducir la transmisión de la madre al niño (4).</p>	<p>ElONUSIDA estima que había 34,3 millones de personas infectadas a fines de 1999, de las cuales 1,3 millones eran niños menores de 15 años. En 1999 se registraron 5,4 millones de nuevas infecciones; 2,8 millones de defunciones por SIDA, y 18,8 millones de defunciones desde el comienzo de la epidemia (18).</p>
<p>2000</p>	<p>Se anuncian los Objetivos de desarrollo del milenio, incluso un cambio radical de la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis (1). Se celebra la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA en Sudáfrica, por primera vez en un país en desarrollo (1). Se celebra una reunión del</p>	<p>El Gobierno de los EE.UU. declara oficialmente que el SIDA es una amenaza para la seguridad nacional (1). Los dirigentes del Grupo de los Ocho reconocen la necesidad tener más recursos para la lucha contra el VIH/SIDA (1). Surgen pruebas de que la incidencia de infección por el VIH aumenta</p>	<p>Surgen informes de que el presidente Mbeki, de Sudáfrica, cuestionó a dos investigadores “disidentes” para que discutieran su opinión de que el VIH no es la causa del SIDA (4). Bostwana anuncia que los nuevos aportes de los donantes proporcionarían tratamiento antirretroviral para todas las mujeres y los niños</p>	<p>ElONUSIDA informa que a fines de 2000 las estadísticas eran las siguientes: • 5,3 millones de nuevas infecciones; • 36,1 millones de personas con infección por el VIH/SIDA; • 3,0 millones de defunciones por SIDA en ese año (50).</p>

Acontecimientos			
Año	Internacionales	Mundo industrializado	Mundo en desarrollo
			Tecnología/prácticas óptimas
			Epidemiología
2000 (cont.)	sejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre el problema del SIDA.	en los hombres homosexuales de San Francisco y que el comportamiento de riesgo va en aumento allá y en Sydney, Melbourne, Londres y Nueva York (18).	
2001	En la Cumbre de África, celebrada en Nigeria, se pide decuplicar el gasto en la lucha contra el SIDA en los países en desarrollo: "cofre de guerra" (1). Se establece el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (4). Se nombra a Stephen Lewis Enviado Especial de las Naciones Unidas para el SIDA en África (4). Las Naciones Unidas convocan el primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA (UNGASS) en toda su historia (1).	Cipla, una compañía farmacéutica de la India, se ofrece a facilitar medicamentos contra el SIDA a precios reducidos al grupo Médicos sin Fronteras (4). Un total de 39 compañías farmacéuticas desisten de un litigio contra Sudáfrica relacionado con la reducción de los precios de los medicamentos (4). Surgen informes de Tailandia a efectos de que las nuevas infecciones se han reducido asombrosamente por medio del uso generalizado de preservativos.	El ONUSIDA informa que a fines de 2001 las estadísticas eran las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5,0 millones de nuevas infecciones.</li> <li>• 40 millones de personas con infección por el VIH/SIDA.</li> <li>• 3,0 millones de defunciones por SIDA en ese año (51).</li> </ul>
2002	El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria recibe solicitudes cuyo número es más de seis veces superior al previsto (4).	La asistencia externa de que disponen los países en desarrollo para la lucha contra el SIDA asciende a US\$1.700 millones (39).	La OMS publica directrices para proporcionar medicamentos antirretrovirales, incluida la lista de 12 medicamentos esenciales para tratar el SIDA, a los países carentes de recursos (4). <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5,0 millones de nuevas infecciones.</li> <li>• 42,0 millones de personas con infección por el VIH/SIDA.</li> <li>• 3,1 millones de defunciones por SIDA en ese año (53).</li> </ul> El ONUSIDA reduce las estima-

<p>2002 (cont.)</p>	<p>ciones del número de personas con infección por el VIH/SIDA citando mejores instrumentos, nuevos datos e información del censo de las Naciones Unidas, que muestra que algunos países de África tienen poblaciones más pequeñas de lo que se creyó en un principio (54).</p>
<p>2003</p>	<p>La OMS declara que la falta de tratamiento de casi 6 millones de personas es una emergencia mundial de salud (4). La OMS anuncia la iniciativa de "Tres millones para 2005" con la meta de proporcionar tratamiento a 3 millones de personas en 2005 en los países carentes de recursos (1). La Fundación Clinton logra reducciones de los precios cobrados por los fabricantes de medicamentos genéricos (1).</p>
<p>2003</p>	<p>El presidente Bush, de los EE.UU., propone un gasto de US\$15.000 millones para combatir el SIDA en África y el Caribe en los próximos cinco años (Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, PEPFAR) (1). En la Reunión en la Cumbre del Grupo de los Ocho se presta especial atención al SIDA (1). La asistencia externa para la lucha contra el VIH/SIDA de que disponen los países de ingreso bajo y mediano aumenta a US\$4.700 millones (39).</p>
<p>2004</p>	<p>El Gobierno del Brasil llega a un acuerdo con las compañías farmacéuticas para reducir una tercera parte los precios de los medicamentos contra el SIDA (4).</p>
<p>2003</p>	<p>Los ensayos de la vacuna Vaxgen no muestran ningún efecto en la infección por el VIH (4).</p>
<p>2004</p>	<p>El ONUSIDA estima que, a fines de 2004, las estadísticas muestran 39,4 millones (escala de 35,9 a 44,3 millones) de personas con infección por el VIH/SIDA, 3,1 millones de defunciones en 2004 (escala de 2,8 a 3,5 millones) y 4,9 millones de nuevas infecciones en 2004 (escala de 4,3 a 6,4 millones) (55).</p>

Fuentes:

1. Kaiser Family Foundation, sitio web ([www.kff.org/hivaids/timeline/](http://www.kff.org/hivaids/timeline/)).
2. Garrett, 1994.
3. DEO, 2004b.
4. AVERT, sitio web ([www.avert.org/history/html](http://www.avert.org/history/html)).
5. CDC, 1983.
6. Citado en Sepkowitz, 2001.
7. Banco Mundial, 1998, y documentos de proyectos realizados en el Zaire.
8. Banco Mundial, 2000e.
9. Mann y Tarantola, 1996.
10. Ziegler y otros, 1985.
11. DEO, 2003.
12. Vaillancourt y otros, 2004.
13. Fischol y otros, 1987.
14. Naciones Unidas, Asamblea General, Resolución A/RES/42/8, 23 de octubre de 1987.
15. Twigg y Skolnik, 2004.
16. Mann, 1987.
17. ONUSIDA, 1998.
18. ONUSIDA, 2000a.
19. PMS/OMS, INF/89.4 "Statement on AIDS and Tuberculosis". Véase también Harries, 1989.
20. Anderson y otros, 1991.
21. OMS, "Guidelines for the clinical management of HIV infection in adults". WHO/GAP/IDS/HCS/91.6, Ginebra, 1991.
22. OMS, 45a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, del 4 al 14 de mayo de 1992. OMS 45.35. *Global strategy for the prevention and control of AIDS*.
23. *Programme of action of the UN ICPD*. Section on Sexually-transmitted diseases and HIV infection. "Actions". <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p07010.html>.
24. Gellman, 2000.
25. Barnett y Blaikie, 1992.
26. Comité de Coordinación del Ensayo Delta, 1996.
27. Homer y Moss, 1991.
28. Carr y otros, 1994.
29. Laga y otros, 1994.
30. Connor y otros, 1994.
31. Hessel y otros, 1994.
32. Osmond y otros, 1994.
33. Comité de Coordinación del Ensayo Concorde, 1994.
34. Citado en Banco Mundial, 2000e.
35. Grosskurth y otros, 1995.
36. Des Jalais y otros, 1995.
37. Ho, 1995.
38. Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. "FDA approves first protease inhibitor drug for treatment of HIV", comunicado de prensa, 7 de diciembre de 1995.
39. ONUSIDA, 2004b.
40. Mansergh y otros, 1996.
41. Nelson y otros, 1996.
42. Wawer y otros, 1996.
43. Véase, por ejemplo, Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU. "Study Confirms that Combination Treatment Using a Protease Inhibitor Can Delay HIV Disease Progression and Death", comunicado de prensa, 24 de febrero de 1997.
44. Mellors y otros, 1996.
45. Banco Mundial, 1997a, pág. 179.
46. Banco Mundial, 1997a, Recuadro 1.2, pág. 21.
47. ONUSIDA, datos de este organismo citados en Banco Mundial, 1997a.
48. CDC, 1998.
49. ONUSIDA, 1998.
50. ONUSIDA, 2000a.
51. ONUSIDA, 2001a.
52. "Chinese Premier in Landmark Meeting with AIDS Patients". *Agence France-Presse*, 1 de diciembre de 2003.
53. ONUSIDA, 2002b.
54. "UN cuts AIDS estimates, but warns pandemic still worsening", *Agence France-Presse*, 25 de noviembre de 2003.
55. ONUSIDA, 2004a.

---

APÉNDICE C1: DATOS REFERENTES A LA CARTERA DE PROYECTOS DE LUCHA  
CONTRA EL VIH/SIDA

---

1. Proyectos y componentes de lucha contra el SIDA cerrados al 30 de junio de 2004<sup>a</sup>

País	Nombre del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Costo total del proyecto <sup>c</sup> (millones de US\$)	Monto comprometido por el Banco (millones de US\$)		Monto desembolsado SIDA (millones de US\$)
						Total	SIDA	
Proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA								
Zaire	Programa Nacional de Control del SIDA	8/9/1988	31/12/1994	CR	21,9	8,1	8,1	3,3
India	Programa Nacional de Control del SIDA	31/3/1992	31/3/1999	CR	99,6	84	84	84
Zimbabue	Prevención y atención de las ITS	17/6/1993	31/12/2000	CR	87,3	64,5	64,5	63,6
Brasil	Segundo proyecto de control del SIDA y de las ETS	9/11/1993	30/6/1998	LN	250,0	160	160	160
Uganda	Infecciones de transmisión sexual	12/4/1994	31/12/2002	CR	73,4	50	50	48,7
Kenya	Infecciones de transmisión sexual	14/3/1995	30/6/2001	CR	65,5	40	40	37,1
Indonesia	Prevención y control del VIH/SIDA y las ETS	27/2/1996	30/9/1999	LN	35,2	24,8	24,8	4,5
Argentina	Control del SIDA y las ETS	22/5/1997	31/12/2003	LN	30,0	15	15	15
Brasil	Segundo proyecto de lucha contra el SIDA y las ETS	15/9/1998	30/6/2003	LN	286,5	165	165	161,5
Subtotal	9 proyectos				949,4	949,4	611,4	611,4
Componentes de los proyectos								
Haití	Primer proyecto de salud y lucha contra el SIDA	16/1/1990	31/3/2001	CR	33,7	26,3	3,3 <sup>d</sup>	10,0 <sup>e</sup>
Uganda	Costos del ajuste (PAPSCA)	2/2/1990	30/9/1995	CR	37,1	28,1	3,3	3,5
Rwanda	Salud y población (incluido un proyecto suplementario) <sup>f</sup>	19/6/1991	30/6/2002	CR	33,45	28,8	5,1	4,8
Burkina Faso	Población y control del SIDA	31/5/1994	30/9/2001	CR	34,5	26,3	12	11,2
Chad	Población y control del SIDA	23/3/1995	31/12/2001	CR	27,2	20,4	12,9	12,7
Bulgaria	Reestructuración del sector de salud	9/4/1996	30/12/2001	LN	47,1	26	2,7	2,7 <sup>g</sup>
Sri Lanka	Servicios de salud	12/19/1996	6/30/2002	CR	22,6	18,8	7,6	6,8 <sup>d</sup>
Camboya	Control de las enfermedades y fomento de la salud	24/12/1996	31/12/2002	CR	35,6	30,4	6,1	4,9
Guinea	Población y salud reproductiva	1/12/1998	31/12/2003	CR	12,0	11,3	2,1 <sup>d</sup>	2,1 <sup>g</sup>
Subtotal	9 componentes				283,25	216,4	55,1	58,7
Total	18 proyectos/componentes				1.232,65	827,8	666,5	636,4

a. Proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o proyecto con un componente de SIDA por un monto >US\$1 millón y que representa, por lo menos, 10% de los costos totales del proyecto.

b. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

c. Incluye el compromiso de financiamiento del Banco, el financiamiento de contrapartida del prestatario y cualquier clase de cofinanciamiento proveniente de otros donantes.

d. Costo total del componente de SIDA del proyecto. Incluye desembolsos de préstamos o crédito, además del aporte del gobierno y de otros donantes.

e. Préstamos para la lucha contra la tuberculosis y el SIDA en conjunto.

f. Incluye un proyecto suplementario por un monto de US\$7 millones autorizados por la AIF el 21/12/2000. Tanto el proyecto original (después de la reestructuración) como el suplementario tenían asignaciones para la lucha contra el SIDA y cofinanciamiento de otras partes, según lo planeado en el documento de evaluación *ex ante*.

g. Cifra basada en el monto comprometido; todavía no se dispone de la correspondiente al monto desembolsado.

2. Cartera activa de préstamos del Banco Mundial para la lucha contra el SIDA al 30 de junio de 2004<sup>a</sup>

## a) Proyectos y componentes de lucha contra el SIDA

País	Título del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha prevista de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Costo total del proyecto <sup>c</sup> (millones de US\$)	Monto comprometido por el Banco (millones de US\$)	
						Total	SIDA
Proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA							
India	Segundo proyecto nacional de control del VIH/SIDA	15/6/1999	31/3/2006	CR	229,8	191	191
Bangladesh	Prevención de la infección por el VIH/SIDA	12/12/2000	30/6/2005	CR	52,6	40	40
Sri Lanka	Proyecto nacional de prevención del SIDA	22/12/2002	30/6/2008	G	20,9	12,6	12,6
Pakistán	Prevención de la infección por el VIH/SIDA	5/6/2003	31/12/2008	G/CR	47,8	37	37
Brasil	Tercer proyecto de control del SIDA y de las ETS	26/6/2003	31/12/2006	LN	200,0	100	100
Bhután	Prevención y control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS	17/6/2004	31/12/2009	G	5,9	5,8	5,8
Componentes del proyecto							
Guinea-Bissau	Desarrollo nacional de salud	25/11/1997	31/12/2004	CR	66,1	11,7	2,9
China	Salud IX	4/5/1999	30/6/2006	BL	93,9	60	20
Lesotho	Reforma del sector de salud	8/6/2000	30/6/2005	CR	20,4	6,5	2
Kenya	Proyecto descentralizado de salud reproductiva y lucha contra el VIH/SIDA (DARE)	12/12/2000	30/6/2005	CR	117,3	50	29,5
Chad	Segundo proyecto de población y lucha contra el SIDA	12/7/2001	30/9/2006	CR	33,1	24,6	19,5
Honduras	Reforma del sistema de salud	25/4/2002	31/7/2007	CR	31,0	27,1	6,8
Ucrania	Control de la tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA	19/12/2002	30/6/2007	LN	77,0	60	32,2
Rusia	Control de la tuberculosis y del SIDA	3/4/2003	31/12/2008	LN	286,2	150	46,9
Moldova	Control de la tuberculosis y del SIDA	10/6/2003	31/7/2008	G	5,7	5,5	5,5
Subtotal	15 proyectos/componentes				1.287,7	781,8	551,7

a. Proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o proyecto con un componente de SIDA por un monto de US\$1 millón y que representa, por lo menos, 10% de los costos totales del proyecto.

b. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

c. Incluye el compromiso de financiamiento del Banco, el financiamiento de contrapartida del prestatario y cualquier clase de cofinanciamiento proveniente de otros donantes.

2. Cartera activa de préstamos del Banco Mundial para la lucha contra el SIDA al 30 de junio de 2004<sup>a</sup>  
(Continúa de la página anterior)

b) Proyectos del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África<sup>a</sup>

País	Título del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha prevista de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Costo total del proyecto <sup>c</sup> (millones de US\$)	Monto comprometido por el Banco (millones de US\$)	
						Total	SIDA
Proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA							
Etiopía	Proyecto multisectorial de lucha contra el VIH/SIDA	12/9/2000	30/12/2005	CR	63,4	59,7	59,7
Kenya	Proyecto de lucha contra el VIH/SIDA	12/9/2000	30/6/2005	CR	52,4	50	50
Ghana	Proyecto de respuesta al SIDA	28/12/2000	30/6/2005	CR	27,8	25	25
Gambia	Respuesta rápida al VIH/SIDA	16/1/2001	31/12/2005	CR	16,2	15	15
Uganda	Control del VIH/SIDA	18/1/2001	31/12/2006	CR	50,0	47,5	47,5
Camerún	Proyecto multisectorial de lucha contra el VIH/SIDA	21/1/2001	31/12/2005	CR	60,0	50	50
Burkina Faso	Socorro para situaciones de desastre causadas por el VIH/SIDA	6/7/2001	31/12/2006	CR	23,5	22	22
Nigeria	Respuesta al VIH/SIDA	6/7/2001	30/6/2006	CR	96,3	90,3	90,3
Madagascar	Proyecto multisectorial de lucha contra las ITS y el VIH	13/12/2001	31/12/2006	CR	21,0	20	20
República							
Centroafricana							
Benin	Lucha contra el VIH/SIDA	14/12/2001	30/6/2006	CR	18,0	17	17
Senegal	Proyecto multisectorial de lucha contra el VIH/SIDA	4/1/2002	15/9/2006	CR	25,4	23	23
Sierra Leona	Prevención del VIH/SIDA	7/2/2002	30/9/2007	CR	32,2	30	30
Cabo Verde	Respuesta al VIH/SIDA	26/3/2002	31/12/2006	CR	15,3	15	15
Burundi	Lucha contra el VIH/SIDA	28/3/2002	31/12/2006	CR	9,6	9	9
Guinea	El VIH/SIDA y los huérfanos	27/6/2002	31/12/2006	G	36,7	36	36
Zambia	Proyecto multisectorial de lucha contra el SIDA	19/12/2002	31/7/2008	G	22,3	20,3	20,3
Mozambique	Proyecto de lucha contra el VIH/SIDA (ZANARA)	30/12/2002	28/2/2008	G	46,0	42	42
Rwanda	Respuesta al VIH/SIDA	28/3/2003	31/12/2008	G	64,0	55	55
Níger	Proyecto multipaises de lucha contra el VIH/SIDA	31/3/2003	30/10/2008	G	32,0	30,5	30,5
Mauritania	Prevención y atención del VIH/SIDA	4/4/2003	30/6/2008	G	27,5	25	25
Tanzania	Control multisectorial del VIH/SIDA	7/7/2003	31/3/2009	G	23,4	21	21
Malawi	Proyecto multisectorial de lucha contra el SIDA	7/7/2003	30/9/2008	G	82,0	70	70
África occidental	Programa multisectorial de lucha contra el SIDA	8/25/2003	31/12/2008	G	274,74 <sup>d</sup>	35	35
Congo, Rep. Dem. del	Lucha contra el VIH/SIDA en Abidján-Lagos	13/11/2003	1/7/2007	G	17,9	16,6	16,6
Congo, Rep. del	Proyecto multisectorial de lucha contra el VIH/SIDA	16/4/2004	31/1/2011	G	102,4	102	102
Guinea-Bissau	El VIH/SIDA y la salud	20/4/2004	30/6/2009	G	21,4	19	19
Malí	Apoyo para la mitigación mundial del VIH/SIDA	2/6/2004	31/12/2007	G	7,0	7	7
África	Proyecto multisectorial de lucha contra el VIH/SIDA	6/17/2004	31/7/2009	G	28,0	25,5	25,5
Componentes de proyectos	Programa de aceleración del tratamiento del VIH/SIDA	6/17/2004	30/9/2007	G	61,5	59,8	59,8
Eritrea	Proyecto HAMSET (VIH/paludismo/tuberculosis/ITS)	18/12/2000	31/3/2006	CR	50,0	40,0	13,9
Djibouti	Control del VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis	29/5/2003	30/9/2008	G	15,0	12	9
Subtotal	31 proyectos/componentes				1.422,9	1.090,2	1.061,1

Fuente: Información tomada de WB Project Portal (página web) al 9/7/2004.

a. Proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o proyecto con un componente de SIDA por un monto de US\$1 millón y que representa, por lo menos, 10% de los costos totales del proyecto.

b. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

c. Incluye el compromiso de financiamiento del Banco, el financiamiento de contrapartida del prestatario y cualquier clase de cofinanciamiento proveniente de otros donantes.

d. Incluye otros donantes y el Fondo Mundial.



2. Cartera activa de préstamos del Banco Mundial para la lucha contra el SIDA al 30 de junio de 2004 <sup>a</sup> (Continúa de la página anterior)									
c) Proyectos del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en el Caribe <sup>a</sup>									
País	Título del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha prevista de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Costo total del proyecto <sup>c</sup> (millones de US\$)	Monto comprometido por el Banco (millones de US\$)			
						Total	SIDA		
Barbados	Proyecto de préstamos adaptables para programas de prevención del SIDA en el Caribe	28/6/2001	31/12/2006	LN	23,6	15,2	15,2		
República Dominicana	Proyecto de préstamos adaptables para programas de prevención del SIDA en el Caribe	28/6/2001	31/12/2006	LN	30,0	25	25		
Jamaica	Prevención y control de la infección por el VIH/SIDA	29/3/2002	15/12/2006	LN	16,5	15	15		
Granada	Proyecto de préstamos adaptables para programas de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA, 2 <sup>a</sup> fase	25/7/2002	30/6/2007	LN	7,2	6	6		
Saint Kitts y Nevis	Prevención y control de la infección por el VIH/SIDA	10/1/2003	30/6/2008	LN	4,5	4	4		
Trinidad y Tabago	Prevención de la infección por el VIH/SIDA	27/6/2003	31/12/2008	LN	25,0	20	20		
Caribe	Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA	25/3/2004	31/12/2007	G	9,9	9	9		
Guyana	Prevención y control de la infección por el VIH/SIDA	30/3/2004	30/6/2009	G	11,0	10	10		
San Vicente y las Granadinas	Prevención y control de la infección por el VIH/SIDA	6/7/2004	30/6/2009	LN/G	8,8	7	7		
Subtotal	9 proyectos				136,5	111,2	111,2		
Total de la cartera de proyectos activos	55 proyectos				2.897,1	1.983,2	1.727,0		

Fuente: Información tomada de WB Project Portal (página web) al 9/7/2004.

a. Proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o proyecto con un componente de SIDA por un monto de US\$1 millón y que representa, por lo menos, 10% de los costos totales del proyecto.

b. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

c. Incluye el compromiso de financiamiento del Banco, el financiamiento de contrapartida del prestatario y cualquier clase de cofinanciamiento proveniente de otros donantes.

d. Incluye otros donantes y el Fondo Mundial.

e. Todos son proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA.

3. Proyectos del Banco Mundial con componentes de SIDA por un monto de >US\$1 millón pero <10% de los costos totales del proyecto al 30 de junio de 2004

País	Título del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha prevista de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Estado	Monto comprometido por el Banco (millones de US\$)		Monto desembolsado SIDA (millones de US\$)
						Total	SIDA	
<b>Salud<sup>b</sup></b>								
Brasil	Proyecto de control de las enfermedades endémicas en el Nordeste	31/3/1988	30/6/1996	LN	Cerrado	109	6,6	7,4 <sup>c</sup>
Marruecos	Inversión en el sector de salud	20/2/1990	31/12/1998	LN	Cerrado	104	8	8 <sup>d</sup>
Malí	Salud/población/abastecimiento de agua y saneamiento en el sector rural	19/3/1991	31/12/1998	CR	Cerrado	26,6	1,4	1,4 <sup>d</sup>
Madagascar	Sector nacional de salud	28/5/1991	31/12/1999	CR	Cerrado	31	2	2 <sup>d</sup>
Honduras	Nutrición y salud	5/1/1993	30/6/2001	CR	Cerrado	25	2,2	2,2 <sup>d</sup>
Zambia	Apoyo al sector de salud	15/11/1994	30/6/2002	CR	Cerrado	56	1,8	1,8 <sup>d</sup>
Camerún	Salud/fecundidad/Nutrición	7/3/1995	30/6/2001	CR	Cerrado	43	2	2 <sup>e</sup>
Benin	Población y salud	30/5/1995	31/12/2002	CR	Cerrado	27,8	1,2	1,2 <sup>d</sup>
China	Prevención de las enfermedades	12/12/1995	30/6/2004	CR	Cerrado	100	5	5 <sup>d</sup>
Côte d'Ivoire	Desarrollo integrado de los servicios de salud	27/6/1996	31/12/2004	CR	Activo	40	2,1	
Niger	Desarrollo de los servicios de salud	5/9/1996	31/12/2003	CR	Cerrado	40	1,7	1,7 <sup>d</sup>
Eritrea	Desarrollo nacional de salud	16/12/1997	31/12/2004	CR	Activo	18,3	1,7	
Gambia	Proyecto participatorio de salud, población y nutrición	31/3/1998	30/6/2005	CR	Activo	18	1,5	
Bangladesh	Salud y población	30/6/1998	31/12/2004	CR	Activo	250	5,8	
Etiopía	Desarrollo del sector de salud	27/10/1998	6/6/2005	CR	Activo	100	2	
India	Desarrollo de los sistemas de salud de Maharashtra	8/12/1998	31/3/2005	CR	Activo	134	1,3	
India	Desarrollo del sector de salud de Uttar Pradesh	25/4/2000	31/12/2005	CR	Activo	110	3	
Chad	Apoyo al sistema de salud	27/4/2000	31/12/2005	CR	Activo	41,5	1,9	
Tanzania	Desarrollo de servicios de salud	15/6/2000	31/12/2003	CR	Cerrado	22	2	2 <sup>d</sup>
Bulgaria	Reforma del sector de salud	22/6/2000	30/9/2005	LN	Activo	63,3	3	
México	Atención de salud básica en México, III	21/6/2001	30/6/2007	LN	Activo	350	18	
Venezuela	Salud en la zona metropolitana de Caracas	21/6/2001	31/12/2006	LN	Activo	30	1,6	
El Salvador	Reconstrucción de emergencia después del terremoto y servicios de salud	4/12/2001	30/4/2007	LN	Activo	142,6	1,4	
China	Control de la tuberculosis	21/3/2002	15/3/2010	LN	Activo	104	3,9	
Nigeria	Segundo proyecto de desarrollo de los sistemas de salud	6/6/2002	1/7/2007	CR	Activo	127	4	
Camboya	Apoyo al sector de salud	19/12/2002	31/12/2007	CR/G	Activo	27	2	
Subtotal	26 proyectos					2.140,1	87,1	34,7

<b>Educación</b>									
Malawi	Educación secundaria	24/3/1998	31/12/2004	CR	Activo	48,2	1,4		
Nigeria	Segundo proyecto de educación primaria	11/5/2000	31/12/2004	CR	Activo	55	1,2		
Rwanda	Desarrollo de recursos humanos	6/6/2000	30/6/2006	CR	Activo	35	3,3		
Subtotal	3 proyectos					138,2	5,9		
<b>Transporte</b>									
Kenya	Mejora del corredor de transporte del Norte	17/6/2004	12/31/2009	CR	Activo	276,5	4,4		
Subtotal	1 proyecto					276,5	4,4		
<b>Protección social</b>									
Pakistán	Segundo programa de acción social	24/3/1998	30/6/2002	CR	Cerrado	250	1,5	1,5 <sup>d</sup>	
Tailandia	Programa de inversión social	13/11/1998	30/4/2004	LN	Cerrado	300	1,5	1,5 <sup>d</sup>	
Subtotal	2 proyectos					550,0	3,0		3
<b>Otros sectores</b>									
Etiopía	Recuperación de emergencia	5/12/2000	31/12/2005	CR	Activo	555,0	3,0		
Congo, Rep. Dem. del	Recuperación inicial de emergencia	31/7/2001	31/1/2005	GR	Cerrado	50,0	8,0		
Subtotal	2 proyectos					605,0	11,0		
<b>Total</b>	<b>34 proyectos</b>					<b>3.709,8</b>	<b>111,4</b>		<b>37,7</b>

Fuente: Información tomada de WB Project Portal (página web) e ImageBank al 9/7/2004.

a. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

b. Se supone que el segundo proyecto de apoyo a programas de salud en Ghana (US\$90 millones) permitirá financiar las actividades de lucha contra el SIDA del Ministerio de Salud. Sin embargo, el jefe de equipo de los proyectos no pudo proporcionar información sobre el monto asignado a la lucha contra el VIH/SIDA. Puede exceder de US\$1 millón, pero no se dispone de documentación al respecto.

c. Costo total del componente de SIDA del proyecto; incluye el desembolso de los préstamos y el aporte del gobierno y de otros donantes.

d. Cifra basada en el monto comprometido; todavía no se dispone de la correspondiente al monto desembolsado.

e. Se cancelaron US\$24 millones del crédito original. Cifra basada en el monto comprometido; todavía no se dispone de la correspondiente al monto desembolsado.

**4. Proyectos del Banco Mundial fuera del sector de salud con un compromiso por un monto inferior a US\$1 millón o desconocido al 30 de junio de 2004<sup>a</sup>**

País	Título del proyecto	Fecha de aprobación	Fecha de cierre	Tipo <sup>b</sup>	Estado	Monto comprometido (millones de US\$)	
						Total	SIDA
<b>Educación</b>							
Madagascar	Programa estratégico para el sector de educación	10/3/1998	30/3/2005	CR	Activo	65,00	
Etiopía	Apoyo a programas de desarrollo del sector de educación	26/5/1998	31/12/2006	CR	Activo	100,00	
Zambia	Programa de inversión en el subsector de educación básica (BESSIP)	8/4/1999	30/6/2005	CR	Activo	100,00	
Senegal	Educación de calidad para todos	11/4/2000	31/12/2004	CR	Activo	50,00	
Benin	Desarrollo de la fuerza laboral	9/6/2000	30/6/2005	CR	Activo	5,00	0,10
Zambia	Educación técnica, profesional y empresarial	14/6/2000	30/12/2006	CR	Activo	25,00	
Mali	Programa de gastos del sector de educación	20/12/2000	31/12/2005	CR	Activo	45,00	
Mozambique	Educación superior	7/3/2001	31/5/2007	CR	Activo	60,00	
Guinea	Programa de educación para todos (fase I)	24/7/2001	31/12/2005	CR	Activo	70,00	
Burkina Faso	Sector de educación básica	22/1/2002	31/12/2006	CR	Activo	32,60	
Nigeria	Educación básica universal	12/9/2002	30/6/2008	CR	Activo	101,00	
Chad	Reforma educativa	18/3/2003	30/6/2007	CR	Activo	42,34	
Níger	Educación básica	17/7/2003	31/12/2007	CR	Activo	30,00	
Lesotho	Segundo proyecto de desarrollo del sector de educación	17/7/2003	31/12/2007	CR	Activo	21,00	0,25
Ghana	Sector de educación	9/3/2004	31/10/2009	CR	Activo	78,00	1,00
Subtotal	15 proyectos					764,94	1,35
<b>Protección social</b>							
Camerún	Dimensiones sociales del ajuste (SDA)	24/5/1990	7/6/1994	LN	Cerrado	35,7	
Zambia	Recuperación social	19/6/1991	31/7/1998	CR	Cerrado	20,0	0,4
Rwanda	Seguridad alimentaria y acción social	17/6/1992	31/12/2000	CR	Cerrado	19,1	
Malawi	Segundo fondo de acción social	15/10/1998	30/11/2003	CR	Cerrado	66,0	0,1
Brasil	Préstamo especial de ajuste sectorial para protección social	7/1/1999	30/6/1999	LN	Cerrado	252,5	0,2
Zambia	Fondo de inversión social	25/5/2000	31/12/2005	CR	Activo	64,7	
Zambia	Minería y servicios municipales	20/6/2000	31/12/2004	CR	Activo	37,7	0,2
Tanzania	Fondo de acción social	22/8/2000	30/6/2005	CR	Activo	71,8	
Senegal	Fondo de desarrollo social	20/12/2000	31/12/2005	CR	Activo	161,5	
Eritrea	Desmovilización de emergencia y reintegración	16/5/2002	31/12/2005	CR	Activo	60,0	
Malawi	Tercer fondo de acción social	10/6/2002	31/12/2006	CR/GR	Activo	78,1	
Sierra Leona	Acción social nacional	24/04/2003	31/12/2008	CR	Activo	42,0	

Congo, Rep. Dem. del	Programa de desmovilización de emergencia, reinserción y reintegración	25/5/2004	31/3/2008	GR	Activo	100,0	0,9
Subtotal	13 proyectos						
<b>Transporte</b>							
Mozambique	Primer proyecto de vías y cabotaje (ROCS)	2/6/1992	31/12/1999	CR	Cerrado	74,30	
Etiopía	Programa de desarrollo del sector vial	15/1/1998	31/5/2005	CR	Activo	309,20	
Malawi	Rehabilitación y mantenimiento de vías	10/6/1999	31/3/2005	CR	Activo	39,5	
Senegal	Infraestructura rural nacional	27/1/2000	30/6/2005	CR	Activo	42,9	
Senegal	Programa de mejoramiento de la movilidad urbana	25/5/2000	31/12/2005	CR	Activo	103,0	
Djibouti	Rehabilitación del corredor vial internacional	22/6/2000	31/8/2005	CR	Activo	15,00	
Chad	Apoyo a programas nacionales de transporte	26/10/2000	31/7/2006	CR	Activo	67,00	0,5
Uganda	Segunda fase del programa de desarrollo vial	3/7/2001	30/6/2006	CR	Activo	64,52	
Mozambique	Administración y mantenimiento de vías y puentes	19/7/2001	30/6/2005	CR	Activo	162	
Ghana	Programa de desarrollo del sector vial	26/7/2001	30/6/2006	CR	Activo	220,00	
Djibouti	Rehabilitación del corredor vial internacional (proyecto suplementario)	6/5/2003	n/d	CR	Activo	6,00	
Etiopía	Segundo proyecto de apoyo al desarrollo del sector vial	17/6/2003	30/6/2009	CR	Activo	127,00	
Camboya	Infraestructura provincial y rural	11/9/2003	30/9/2007	CR	Activo	21,00	0,13
Madagascar	Inversión en infraestructura de transporte	8/12/2003	30/6/2008	CR	Activo	842,5	
Zambia	Rehabilitación y mantenimiento de vías	9/3/2004	30/6/2007	CR	Activo	50,00	
Burundi	Desarrollo del sector vial	18/3/2004	31/12/2009	CR	Activo	51,20	0,2
Subtotal	16 proyectos					2.195,1	0,83
<b>Otros sectores<sup>a</sup></b>							
Camerún	Capacidad de gestión de los recursos petrolíferos y conservación ambiental	6/6/2000	31/12/2005	CR	Activo	5,77	
Malí	Organizaciones de servicios agropecuarios y de productores	11/12/2001	31/12/2005	CR	Activo	43,5	1,0
Nigeria	Desarrollo urbano comunitario	6/6/2002	30/6/2009	CR	Activo	137,5	0,2
Tanzania	Desarrollo participatorio del sector agropecuario	27/5/2003	31/12/2008	CR	Activo	69,9	
Subtotal	2 proyectos					256,67	1,2
<b>Total</b>	<b>46 proyectos</b>					<b>2.637,11</b>	<b>3,75</b>

Fuente: información tomada de WB Project Portal (página web) e ImageBank al 9/7/2004.

a. Esta lista de proyectos con pequeños componentes de SIDA debe considerarse una estimación conservadora del verdadero número de pequeños componentes de SIDA en esos tres sectores, ya que se basa en la inclusión oficial de un componente de SIDA o en la mención de actividades de lucha contra el SIDA patrocinadas por proyectos en el documento de evaluación de estos últimos. Al comienzo de la respuesta a la epidemia del SIDA y en fecha reciente, se pidió encarecidamente a los administradores de proyectos que "modernizaran" o "reestructuraran" los proyectos en marcha con la inclusión de componentes y actividades de lucha contra el SIDA, muchos de los cuales eran bastante pequeños. Puesto que se agregaron después de la aprobación de los proyectos, no hay facilidad de acceso a la documentación referente a objetivos, desembolsos y resultados en ningún sector, ni siquiera en el de salud (que no se presenta aquí).

b. Tipo: LN (préstamos del BIRF); CR (crédito de la AIF); G (donación de la AIF); BL (financiamiento combinado del BIRF y de la AIF).

c. El IDEO no hizo una búsqueda sistemática de componentes de SIDA en sectores distintos de los de educación, transporte y protección social.



---

APÉNDICE C2: CALIFICACIONES DE LOS RESULTADOS DE LOS PROYECTOS  
DE LUCHA CONTRA EL SIDA TERMINADOS

---

Calificaciones del DEO <sup>a</sup>							
<b>País<sup>b</sup></b>	<b>Nombre del proyecto</b>	<b>Período del proyecto</b>	<b>Resultados del proyecto</b>	<b>Desarrollo institucional</b>	<b>Sostenibilidad</b>	<b>Desempeño del Banco</b>	<b>Desempeño del prestatario</b>
Proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA							
Zaire	Programa nacional de control del SIDA	1988-1994	I	IN	PP	I	MI
India	Control nacional del SIDA	1992-1999	S	IM	P	S	S
Zimbabue	Prevención y atención de las ITS	1993-2000	MOS	M	PP	I	I
Brasil	Control del SIDA y de las ETS	1993-1998	S	IM	P	S	S
Uganda	Infecciones de transmisión sexual	1994-2002	MOI <sup>c</sup>	IM	P	S	S
Kenya	Infecciones de transmisión sexual	1995-2001	MOS	IM	P	S	S
Indonesia	Prevención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS	1996-1999	I	IN	PP	I	I
Argentina	Control del SIDA y las ETS	1997-2003	MOS	IM	P	S	S
Brasil	Segundo proyecto de control del SIDA y de las ETS	1998-2003	S	IM	SP	S	S
Componentes de proyectos							
Haití	Primer proyecto de salud y control del SIDA	1990-2001	I	M	PP	I	I
Uganda	Costos del ajuste (PAPSCA)	1990-1995	MOS	P	IN <sup>d</sup>	S	S
Burkina Faso	Población y control del SIDA	1994-2001	MOI	M	P	S	S
Chad	Población/control del SIDA	1995-2001	MOS <sup>e</sup>	IM	P <sup>e</sup>	S	S
Bulgaria	Reestructuración del sector de salud	1996-2001	MS	E	P	S	S
Sri Lanka	Servicios de salud	1996-2002	S	M	P	S	S
Camboya	Control de las enfermedades y fomento de la salud	1996-2002	S	E	P <sup>e</sup>	S	S
Guinea	Población y salud reproductiva	1998-2003	I	M	PP	I	S
Rwanda	Salud y población (proyecto suplementario) y gestión	2000-2002	MOS	IN	PP	S	S

a. Explicación de calificaciones: Resultados; desempeño del Banco y del prestatario: MS (muy satisfactorio); S (satisfactorio); MOS (moderadamente satisfactorio); MOI (moderadamente insatisfactorio); I (insatisfactorio); MIJ (muy insatisfactorio).

Desarrollo institucional: E (elevado), IM (importante), M (modesto), P (parcial), IN (insignificante). Sostenibilidad: SP (sumamente probable), P (probable), PP (poco probable), INC (incierta), NE (no evaluable).

b. Las calificaciones de los proyectos en letra cursiva se basan en los informes de evaluación *ex post* de los proyectos hechos por el DEO sobre el terreno. Las calificaciones de todos los demás proyectos se basan en exámenes documentales hechos por el DEO del informe final de ejecución de cada proyecto, que es un documento preparado por el equipo de ejecución (el Banco y el prestatario) e incluye las calificaciones propias del equipo.

c. Si bien el proyecto en general recibió una calificación moderadamente satisfactoria, los componentes de SIDA se evaluaron extraoficialmente como satisfactorios en los informes de evaluación *ex post* de esos proyectos preparados por el DEO.

d. La sostenibilidad de las actividades que comprenden el componente de SIDA de este proyecto (principalmente asistencia periódica a las viudas y a los huérfanos) recibió una calificación de incierta o poco probable.

e. La sostenibilidad del componente de SIDA fue similar a la del proyecto en general.



## APÉNDICE D: COBERTURA DEL VIH/SIDA EN LAS ESTRATEGIAS DE ASISTENCIA A LOS PAÍSES Y LOS DOCUMENTOS DE ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

### Estrategias de asistencia a los países

La estrategia de asistencia a los países (CAS) es un amplio marco de desarrollo, planeado y creado por el Banco en colaboración con el gobierno y otros interesados, y adaptada a las necesidades de los países. Es el instrumento central de la Administración del Banco y del Directorio para examinar y guiar los programas en los países, y el vehículo para evaluar el impacto del trabajo del Banco. Las estrategias de esta índole se han preparado siempre junto con un proyecto. Hasta el ejercicio de 1994, no eran documentos autónomos, sino que se incluían como una de las principales secciones en la documentación del proyecto presentado al Directorio (“Memorando y recomendaciones de la Presidencia”). A partir del ejercicio de 1995, comenzaron a producirse como documentos autónomos.

### Muestra

Se examinaron todas las CAS correspondientes a dos períodos con respecto a su cobertura del SIDA: ejercicios de 1994-1995 (96 estrategias

para 84 países) y ejercicios de 2000-2002 (49 estrategias para 48 países). El Anexo 1 contiene una lista de todas las estrategias examinadas.

### Referencia al VIH/SIDA

**Hubo un marcado aumento del porcentaje de CAS que incluyen una referencia al VIH/SIDA en ese período.** Se realizó una búsqueda documental electrónica para determinar si los términos “VIH” o “SIDA” aparecían en el texto principal, los cuadros, recuadros o anexos. La búsqueda mostró que los términos VIH o SIDA se mencionaron en 27 CAS (28,1%) en los ejercicios de 1994-1995 y en 40 estrategias (81,6%) en los de 2000-2002.

Las CAS se examinaron para determinar si el gobierno o el Banco, o ambos, señalaban el VIH/SIDA como un problema crítico, a partir de la referencia al SIDA o la discusión del mismo en el programa de desarrollo del gobierno y en la estrategia de asistencia propuesta del Banco para el país (véase el Cuadro D.1)<sup>1</sup>. El Banco reconoce que el SIDA es una prioridad con más frecuencia que el gobierno. Además, hay un mar-

**Cuadro D.1: Reconocimiento del VIH/SIDA como problema crítico**

	Ejercicios de 1994-1995	Ejercicios de 2000-2002 <sup>a</sup>
Problema crítico para el Banco	14 (14,6%)	23 (46,9%)
Problema crítico para el gobierno	7 (7,3%)	17 (34,7%)
Problema crítico para ambos	4 (4,2%) <sup>a</sup>	15 (30,6%) <sup>b</sup>

a. Burkina Faso, Burundi, Kenya, Malí. Los siguientes países tuvieron epidemias generalizadas, pero ni el gobierno ni el Banco mencionaron el SIDA como prioridad en las estrategias de asistencia correspondientes: República del Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Guyana, Lesotho, Mozambique, Uganda y Zimbabue.

b. Armenia, Bangladesh, Belarús, Burkina Faso, Djibouti, Etiopía, Guyana, India, Letonia, Mauritania, Mozambique, Pakistán, Tanzania, Uganda y Zambia. No hubo países con epidemias generalizadas en los que no se mencionara el SIDA como prioridad del Banco y del gobierno en la CAS durante los ejercicios de 2000-2002.

cado aumento del porcentaje de CAS en las que se señala el VIH/SIDA como un problema crítico para el Banco y el gobierno por separado y en conjunto.

### Tasas de prevalencia de infección por el VIH y asignación de prioridad al SIDA en la CAS

En los países con mayores tasas de prevalencia de infección por el VIH o etapas más avanzadas de la epidemia hay más posibilidades de que se señale al VIH/SIDA como prioridad del gobierno o del Banco en la estrategia de asistencia correspondiente. En los ejercicios de 1994-1995, el VIH/SIDA se señala como prioridad del Banco con más frecuencia que como prioridad del gobierno, independientemente de la etapa de la epidemia. No obstante, en los ejercicios de 2000-2002, se señala igualmente como prioridad del Banco y del gobierno en los países en etapa de epidemia generalizada, pero con más frecuencia como prioridad del Banco en los países en etapas menos avanzadas de la epidemia.

Entre los 35 países donde se ejecutaron CAS en ambos períodos, se asignó prioridad “destacada” al VIH/SIDA casi en la mitad (17) en el período más reciente. En esos casos, o bien: i) en la estrategia anterior de asistencia al país no se mencionó nada o la información sobre el SIDA

se citó sólo dentro de un contexto, pero en la estrategia posterior el gobierno o el Banco, o ambos, le asignaron prioridad, o ii) sólo uno u otro se la asignó en el primer período y ambos lo hicieron en el segundo<sup>2</sup>.

### Vínculo entre la CAS y los préstamos para la lucha contra el SIDA

En 27 CAS incluidas en el examen (18,6%) se propuso un proyecto con un componente principal o un subcomponente sobre el VIH/SIDA.

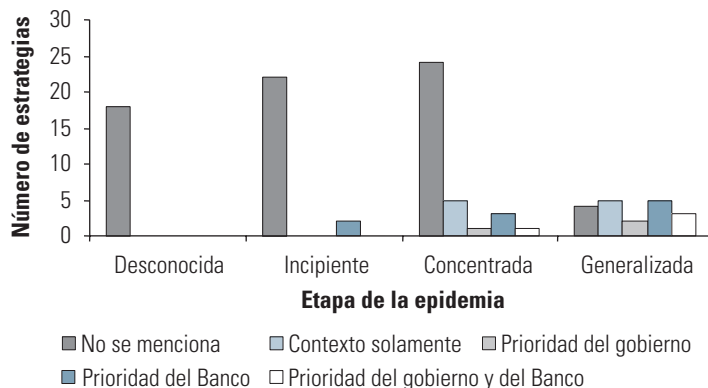
- En 17 CAS se propuso un proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o un proyecto con un importante componente sobre el SIDA<sup>3</sup>. En 13 de esas estrategias, el gobierno y el Banco señalaron el SIDA como un problema crítico.
- En 10 CAS se propuso un proyecto con un subcomponente sobre el SIDA. En siete de esas estrategias, el Banco pero no el gobierno señaló el SIDA como un problema crítico.

### Documentos de la estrategia de lucha contra la pobreza

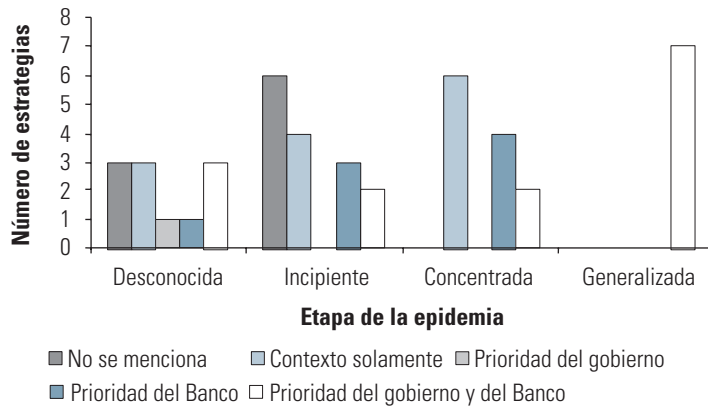
En los documentos de la estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) se describen las políticas y los programas macroeconómicos, estructurales y sociales de un país para promover el crecimiento y reducir la pobreza, así como las necesidades financieras externas afines. Los gobiernos preparan esos documentos por medio de un proceso participatorio en el que intervienen la sociedad civil y los asociados en el trabajo de desarrollo. El examen se centró en los ejercicios de 2000-2002 (13 DELP). Todos los documentos de este período se incluyeron en el examen (Anexo 2).

Doce de los 13 DELP (92,3%) se refirieron al VIH/SIDA. Nueve de los 13 (69,2%) incluyeron medidas estratégicas para abordar específicamente el problema del VIH/SIDA<sup>4</sup>. Algunos incluyeron indicadores relacionados con el VIH/SIDA y asignaciones presupuestarias previstas. Los países en etapas más avanzadas de la epidemia tenían más probabilidades de incluir medidas estratégicas para la lucha contra el VIH/SIDA en los documentos de esta índole.

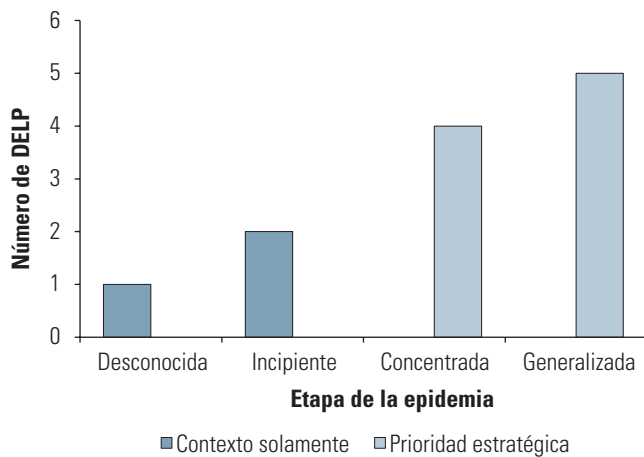
Gráfico D.1: Etapa de la epidemia y asignación de prioridad en las CAS, ejercicios de 1994-1995



**Gráfico D.2: Etapa de la epidemia y asignación de prioridad en las CAS, ejercicios de 2000-2002**



**Gráfico D.3: Etapa de la epidemia y asignación de prioridad al SIDA en los DELP, ejercicios de 2000-2002**



Anexo 1: Examen de las estrategias de asistencia a los países						
	Ej. de 1994	Ej. de 1995	Ej. de 2000	Ej. de 2001	Ej. de 2002	
<b>África</b>						
Benin	x					
Burkina Faso	x			x		
Burundi		x				
Camerún	x					
Comoras	x					
Congo, Rep. del	x					
Côte d'Ivoire	x					
Etiopía	x	x		x*		
Gabón	x					
Ghana	x	x	x			
Guinea	x					
Kenya	x					
Lesotho	x					
Madagascar	x					
Malawi	x					
Malí		x				
Mauritania	x				x	
Mauricio	x				x	
Mozambique	x		x			
Níger	x					
Santo Tomé y Príncipe				x		
Senegal		x				
Sierra Leona	x					
Swazilandia		x				
Tanzanía	x		x			
Togo		x				
Uganda	x	x			x	
Zambia	x		x			
Zimbabwe	x					
<b>Asia oriental y el Pacífico</b>						
Camboya		x	x			
China	x					
<b>Europa oriental y Asia central (cont.)</b>						
Ucrania						x
Uzbekistán			x			
<b>América Latina y el Caribe</b>						
Argentina		x		x		
Barbados		x				x
Belice						x
Bolivia		x				
Brasil			x			
Chile		x				x
Colombia		x				
El Salvador		x				x
Guatemala			x			
Guyana		x				x
Honduras		x				
Jamaica						x
México		x				
Nicaragua		x				x
Panamá			x			
Paraguay		x				
Perú						x
República Dominicana						x
Trinidad y Tabago		x				x
Uruguay		x				x
Venezuela				x		



**Anexo 2: Examen de los documentos de la estrategia de lucha contra la pobreza**

	Ej. de 2000	Ej. de 2001	Ej. de 2002
<b>África</b>			
Burkina Faso	x		
Gambia			x
Mauritania		x	
Mozambique			x
Níger			x
Tanzanía		x	
Uganda	x		
Zambia			x
<b>Asia oriental y el Pacífico</b>			
Viet Nam			x
<b>Europa oriental y Asia central</b>			
Albania			x
<b>América Latina y el Caribe</b>			
Bolivia		x	
Honduras			x
Nicaragua			x

---

## APÉNDICE E: INVENTARIO DE ESTUDIOS ANALÍTICOS SOBRE EL SIDA HECHOS POR EL BANCO MUNDIAL

---

### Antecedentes

Se realizó un inventario de los productos no crediticios del Banco relacionados con la lucha contra el SIDA, en proyectos terminados y en tramitación, hasta fines del ejercicio de 2004, incluidos varios estudios económicos y sectoriales (EES) y otros productos de investigación, análisis o divulgación. Esos productos reflejan una variedad de actividades, entre ellas proyectos de investigación, documentos sobre estrategias y documentos de referencia de proyectos. El inventario contiene la siguiente información para cada producto (si procede): tipo de actividad, identificación del proyecto, título, autor, jefe de equipo de los proyectos del Banco, fecha de terminación, país, región, fuente de financiamiento (por ejemplo, presupuesto del Banco o fondo fiduciario) y unidad originaria del Banco.

El trabajo inicial sobre el inventario fue realizado por el equipo de salud, nutrición y población del Banco, que incluyó información acopiada por medio de cuestionarios de encuesta y solicitudes enviadas a las unidades de fondos fiduciarios administradas por el Banco. El DEO complementó este trabajo con investigaciones más detalladas por medio de: i) búsqueda de publicaciones existentes y bases de datos de documentos mantenidas por el Banco (es decir, el sistema de Intranet del Banco, Business Warehouse e ImageBank); ii) aportes del personal pertinente del Banco, y iii) búsqueda de bibliografías de documentos de evaluación *ante* de proyectos.

El inventario, que aparece in extenso en el sitio web de evaluación del DEO ([www.worldbank.or/oed/aids](http://www.worldbank.or/oed/aids)), es una lista indicativa de productos del Banco relacionados con el VIH/SIDA, más que una lista definitiva. Se aconseja tener cui-

dado porque: i) puede haber registros duplicados, especialmente puesto que algunas actividades se divulgan de más de una forma, y ii) el DEO cree que no se notifican muchas partes de las actividades no crediticias. Ese es particularmente el caso antes de la ejecución del programa de asistencia especial en el ejercicio de 2000. Además, muchos productos se incorporan solamente en la categoría general de “Orden interna” más que como productos pormenorizados. Cabe señalar en particular que, aunque la categoría de estudios económicos y sectoriales existía antes del ejercicio de 2000, no hay una forma de búsqueda sistemática de esos productos en los sistemas de información del Banco.

### Resultados

Hay 254 productos en el inventario (230 terminados en el ejercicio de 2004 y otros en tramitación), según la información acopiada a fines de octubre de 2004.

**Estudios analíticos: Estudios sectoriales e investigaciones.** Ha habido un creciente número de investigaciones y estudios sectoriales sobre el SIDA en el Banco desde el ejercicio de 1989. En lo que respecta a la cobertura regional, África al sur del Sahara ha tenido, con mucho, el máximo número de productos. Si bien en la actualidad todas las regiones tienen trabajo en curso sobre el SIDA, solamente África tuvo cobertura antes del ejercicio de 1996, aparte de estudios multi-regionales.

**Productos de EES de carácter oficial.** Una búsqueda sistemática llevó a encontrar 19 productos de EES en los ejercicios de 2000-2004. En su mayoría, esos productos son evaluaciones de la situación

del VIH/SIDA hechas en países o subregiones. Otros cubren sectores más específicos, como reducción de la pobreza, transporte, manufacturas o educación. Todas las regiones, excepto Asia Oriental y el Pacífico, terminaron los pro-

ductos de EES sobre el SIDA de carácter oficial durante este período (véase el Cuadro E.3). Cabe recalcar que, con mucho, la región de África ha tenido el máximo número de productos de EES de carácter oficial.

**Cuadro E.1: Estudios sectoriales del Banco Mundial comparados con las investigaciones sobre el SIDA antes del ejercicio de 2000 y desde entonces**

Región	Estudios sectoriales [número de EES de carácter oficial]		Investigaciones		Total
	Antes del ejercicio de 2000	Desde el ejercicio de 2000	Antes del ejercicio de 2000	Desde el ejercicio de 2000	
	África al sur del Sahara	23	61 [10]	19 <sup>c</sup>	
Asia oriental y el Pacífico	7	8 [0]	3	2	20
Europa oriental y Asia central		9 [2]	1	1	11
América Latina y el Caribe	2	7 [3]	2	1	12
Oriente Medio y Norte de África		4 [1]	0	1	5
Asia meridional	1	2 [1]	0	3	6
Multipaíses <sup>a</sup>	1	1 [0]	3	3	8
Mundial <sup>b</sup>	4	20 [2]	23	4	50
Total	38	112 [19]	51	29	229

a. El producto se concentra en más de una región específica.

b. El producto no se concentra en regiones específicas, sino más bien tiene aplicación mundial.

c. En años anteriores cabe señalar *Tanzania AIDS Assessment and Planning Study* (1992) y *Uganda AIDS Crisis: Its Implications for Development* (1995). Los documentos finales y de referencia comprenden 10 de los 23 estudios sectoriales hechos antes del ejercicio de 2000.

d. De los 33 productos de investigación referentes a África al sur del Sahara, 14 provinieron de un solo proyecto de investigación en Tanzania.

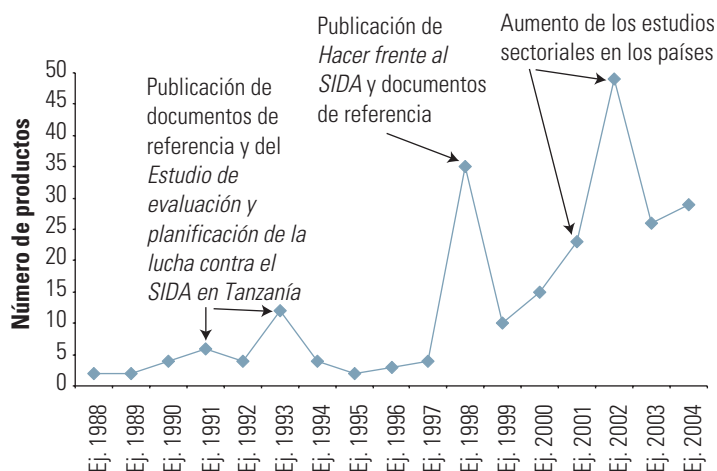
**Cuadro E.2: Estudios analíticos sobre el SIDA administrados por el Banco Mundial, por ejercicio**

Actividad	Ejercicio															
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Investigación	1	1	1	2	7	3	1	0	0	31	2	7	7	4	8	4
Estudios sectoriales	1	3	5	2	5	1	1	3	4	4	8	8	16	45	18	25
Total	2	4	6	4	12	4	2	3	4	35 <sup>a</sup>	10	15	23	49	26	29

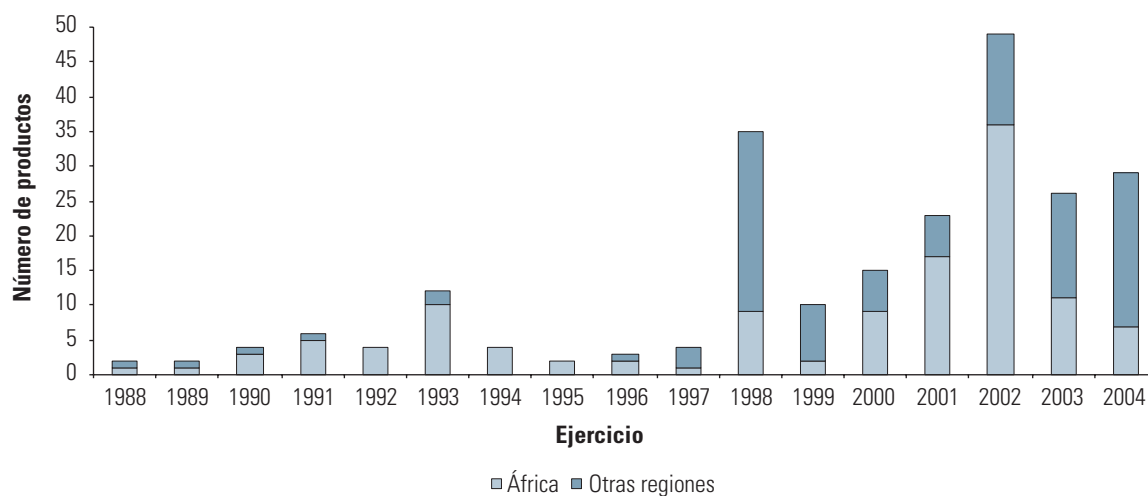
a. Veintinueve productos son estudios separados que se recopilaban en un libro.



**Gráfico E.1. Tendencias de los estudios analíticos, por ejercicio de terminación**



**Gráfico E.2: Número de productos de estudios analíticos, por ejercicio de terminación: África en comparación con otras regiones (o globales)**



**Cuadro E.3: Estudios económicos y sectoriales de carácter oficial financiados por el Banco, por región y año de terminación, ejercicios de 2000-2004**

Ejercicio	AFR	EAP	ECA	LAC	MNA	SAR	Mundial	Total
2000	2							2
2001	4			1				5
2002	3		1	1	1			6
2003	1							1
2004			1	1		1	2	5
Total	10	0	2	3	1	1	2	19

Nota: AFR = África; EAP = Asia oriental y el Pacífico; ECA = Europa oriental y Asia central; LAC = América Latina y el Caribe; MNA = Oriente Medio y Norte de África; SAR = Asia meridional.



---

## APÉNDICE F: EL ALCANCE, LA CALIDAD Y LA UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS ANALÍTICOS DEL BANCO SOBRE EL VIH/SIDA

---

En este apéndice se presentan los resultados de encuestas relacionadas con el alcance, la calidad y la utilidad de los estudios analíticos del Banco Mundial sobre el VIH/SIDA entre dos clases de público: 1) los participantes en la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS (CISEA) celebrada en Nairobi (Kenya) los días 21 a 26 de septiembre de 2003, y 2) los funcionarios del Banco pertenecientes a los sectores de salud, nutrición y población, educación, y protección social entrevistados en el Foro sobre el Desarrollo Humano celebrado en la Universidad de Maryland los días 17 a 19 de noviembre de 2003.

Los objetivos de las dos encuestas fueron: i) evaluar el alcance de los informes del Banco entre varias clases importantes de público y señalar las lecciones aprendidas sobre divulgación, y ii) evaluar la calidad técnica y la utilidad de los estudios analíticos del Banco.

### Muestra y metodología

En ambas encuestas se usaron cuestionarios autoadministrados distribuidos a los participantes en las reuniones en sus respectivas carpetas de inscripción. En la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi se incluyó un cuestionario de dos páginas en cada una de 6.000 carpetas de inscripción y se distribuyeron otros 113 a los delegados sin carpetas. En total, se devolvieron 466 cuestionarios, lo que da una tasa de respuesta estimada de 7,6%<sup>1</sup>. Asimismo, para la encuesta de los funcionarios del Banco se incluyó un breve cuestionario en 800 carpetas de inscripción. En realidad, se inscribieron aproximadamente de 550 a 650 personas. En total, se devolvieron 212 cuestionarios, lo que da una tasa de respuesta de 33% a 38%. Los documentos de referencia preparados para este estudio contienen una des-

cripción completa de la metodología de las dos encuestas, que se puede obtener por solicitud.

En la encuesta hecha a los participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi se preguntó acerca de las características demográficas de los entrevistados, incluidos la edad, el sexo, la nacionalidad, el grado de instrucción, el empleador, la capacidad de leer artículos técnicos en inglés y el acceso a Internet. En la encuesta de los funcionarios del Banco se preguntó sobre características demográficas similares, así como sobre afiliaciones profesionales en el Banco, incluso si pertenecían a la sede o trabajan sobre el terreno, cuál era su afiliación regional, su afiliación sectorial primaria, sus antecedentes profesionales (economista, especialista, funcionario administrativo u otra categoría), si habían sido jefes de proyectos de lucha contra el VIH/SIDA en el Banco, y si habían prestado apoyo técnico o hecho estudios analíticos para proyectos y actividades del Banco relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA. En las encuestas también se acopió información sobre el acceso de los entrevistados a Internet y el uso del sitio web sobre el SIDA del Banco ([www.worldbank.org/aids](http://www.worldbank.org/aids)) y del sitio web de la Red Internacional de Economía del SIDA (IAEN), patrocinada por el Banco Mundial ([www.iaen.org](http://www.iaen.org)).

A los entrevistados que asistieron a la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi se les entregó una lista de 12 informes del Banco sobre el VIH/SIDA en África o en el mundo. A los funcionarios del Banco se les entregó una lista de 18 informes mundiales y regionales y siete conjuntos de recursos documentales sobre el VIH/SIDA. Los informes incluidos en cada encuesta se enumeran en el Anexo 1. En ambas encuestas, se preguntó a los entrevistados si habían oído hablar de un informe o si lo habían leído. Si habían leído un

informe, se les pidió que calificaran su calidad técnica y utilidad para su trabajo sobre el VIH/SIDA.

### Resultados de la encuesta hecha en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi

**Características generales.** La edad promedio de los entrevistados fue de 40 años y, en su mayoría, eran hombres (62%) y africanos (85%); 94% de los entrevistados residían en África. El grado de instrucción era alto: 43% de los entrevistados tenía por lo menos un título de posgrado; 27% había obtenido hasta un título universitario. En relación con el empleo, alrededor de una tercera parte (32%) de los entrevistados trabajaba en una ONG o una OBC nacional o local, uno de cada cinco (21%) en una entidad pública, 17% en una ONG internacional, 9% en una universidad y 8% en una entidad donante o en las Naciones Unidas.

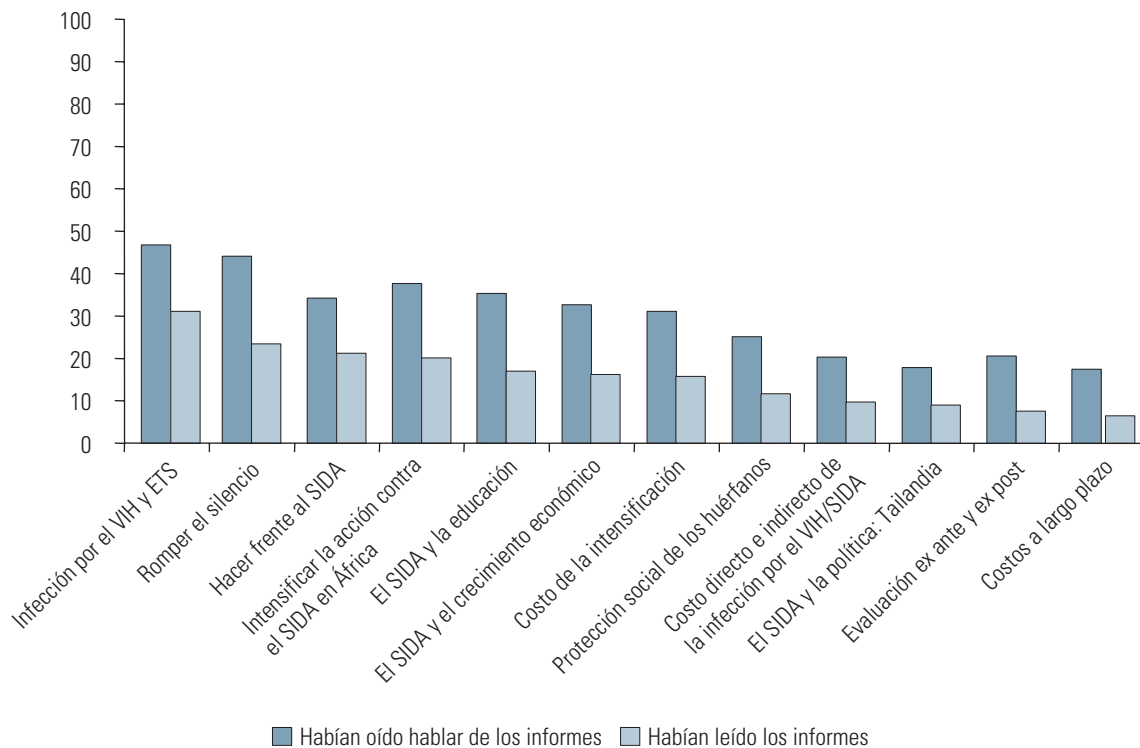
En su mayoría, los entrevistados llenaron el formulario en inglés (88%). De quienes lo lle-

naron en francés, 29% indicaron que podían leer sin dificultad artículos técnicos en inglés y 59%, que podían hacerlo pero con un cierto grado de dificultad.

**Reconocimiento y lectura.** El Gráfico F.1 muestra el porcentaje de entrevistados que habían oído hablar de un informe y lo habían leído. Los informes con el máximo grado de reconocimiento, en general, también fueron los que tuvieron el máximo número de lectores. Una cuarta parte de los entrevistados afirmó que no había oído hablar de ninguno de los informes.

Un examen más minucioso de los datos por ocupación (Cuadro F.2) revela que no se había tenido mucho éxito en la comunicación con los entrevistados que trabajaban en una entidad pública, presuntamente un público primario, y un número aún menor de ellos había leído los informes. En nueve de los 12 informes, los donantes (bilaterales, multilaterales y las Naciones Unidas) representaron el máximo porcentaje de

**Gráfico F.1: Conferencia sobre el SIDA en Nairobi: Porcentaje de entrevistados que habían oído hablar de los informes y los habían leído**



**Cuadro F.2: Participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi: Público destinatario de los estudios analíticos del Banco Mundial sobre el VIH/SIDA<sup>a</sup> (porcentaje)**

Informe	Gobierno (n = 95)		Donante (n = 35)		Universidad (n = 40)		ONG nacional/ local (n = 146)		ONG internacional (n = 78)		Otros (n = 62)		Total (n = 456)	
	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído
<b>Políticas</b>														
Romper el silencio: establecimiento de prioridades realistas para el control del SIDA en los países menos desarrollados	43	20	52	30	53	36	50	26	38	18	31	18	44	24
Intensificar la acción contra el SIDA en África: respuesta a una crisis de desarrollo	41	19	50	39	38	15	36	17	32	22	37	21	38	20
El SIDA y la educación: una ventana de esperanza	36	16	47	29	28	13	39	18	30	14	31	16	35	17
Hacer frente al SIDA: prioridades públicas en una epidemia mundial	32	15	44	44	49	38	32	17	29	22	35	18	34	21
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África: problemas y buenas prácticas	22	9	35	21	31	15	29	11	21	10	18	11	25	12
El SIDA y la política pública: lecciones y desafíos del éxito en Tailandia	19	11	24	15	15	5	21	10	20	11	5	2	18	9
<b>Estudios técnicos</b>														
La infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual	48	28	51	34	43	38	45	28	51	40	43	26	47	31
<b>Evaluación</b>														
Intervenciones del Banco Mundial en la lucha contra el VIH/SIDA: evaluación ex ante y ex post	18	4	33	15	23	5	25	11	13	5	15	5	21	8
<b>Estudios económicos</b>														
El VIH/SIDA y el crecimiento económico: perspectiva mundial	34	16	37	15	28	23	36	15	29	15	30	16	33	16
Costo de la intensificación de las actividades de los programas de lucha contra el VIH a escala nacional en África al sur del Sahara	31	14	38	18	28	20	32	13	30	17	29	19	31	16
El costo directo e indirecto de la infección por el VIH en los países en desarrollo: el caso del Zaire y de Tanzania	21	10	26	12	28	18	17	6	19	8	19	13	20	10
Los costos económicos del SIDA a largo plazo: teoría y aplicación a Sudáfrica	16	5	35	21	18	5	14	3	16	5	19	10	17	6

a. El tamaño de la muestra indicado es el máximo para cada grupo en todos los informes.

entrevistados que habían oído hablar del informe, seguido del personal académico. Menos de la mitad de los funcionarios públicos había oído hablar de cualquiera de los informes. En el caso de 11 de los 12 informes, los donantes o el personal académico eran quienes tenían más posibilidades de haberlos leído. Entre los dos informes sobre políticas leídos por la mayor proporción de entrevistados del servicio público, el titulado “Breaking the Silence” [Romper el silencio] se publicó en *The Lancet*, una revista médica internacional, y el titulado *Intensifying Action Against AIDS in Africa* [Intensificar la acción contra el SIDA en África] se divulgó en una conferencia anterior sobre el SIDA en África celebrada en Lusaka, Zambia<sup>2</sup>. Ambos se publicaron en 2000. Los entrevistados del servicio público mostraron mayores posibilidades de haber leído el trabajo técnico titulado “HIV In-

fection and Sexually Transmitted Diseases” [Infección por el VIH y enfermedades de transmisión sexual], un capítulo del volumen de referencia titulado *Disease Control Priorities in Developing Countries* [Prioridades de control de las enfermedades en los países en desarrollo], publicado en 1993.

Casi 13% de los entrevistados llenaron un cuestionario en francés. Entre los informes preparados en francés, el reconocimiento fue mayor entre las personas que llenaron el cuestionario en francés (Cuadro F.3). Entre los informes preparados en inglés solamente, fue mucho menor el reconocimiento entre los entrevistados franceses. Sin embargo, la lectura de los informes por entrevistados de lengua francesa —aun de los informes preparados en francés— equivale a menos de la mitad de la lectura por entrevistados de lengua inglesa. Esto puede señalar pro-

**Cuadro F.3: Participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi: Porcentaje de entrevistados de lengua inglesa y francesa que habían oído hablar del informe y lo habían leído<sup>a</sup>**

Informe	Habían oído hablar del informe		Habían leído el informe	
	Inglés (n = 399)	Francés (n = 58)	Inglés (n = 399)	Francés (n = 58)
<b>Publicado en inglés y francés</b>				
Intensificar la acción contra el SIDA en África: respuesta a una crisis de desarrollo	37	41	21	17
Hacer frente al SIDA: prioridades públicas en una epidemia mundial	34	38	22	14
Costo de intensificación de las actividades del programa de lucha contra el VIH a escala nacional en África al sur del Sahara	31	34	16	14
<b>Publicado solamente en inglés</b>				
Infección por el VIH y enfermedades de transmisión sexual	49	28	33	18
Romper el silencio: establecimiento de prioridades realistas para el control del SIDA en los países menos desarrollados	46	29	25	16
El SIDA y la educación: una ventana de esperanza	38	20	19	2
El VIH/SIDA y el crecimiento económico: una perspectiva mundial	36	12	18	5
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África: problemas y buenas prácticas	25	25	12	8
El costo directo e indirecto de la infección por el VIH en los países en desarrollo: el caso del Zaire y de Tanzania	21	17	10	9
Intervenciones del Banco Mundial en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA: evaluación ex ante y ex post	21	14	8	4
El SIDA y la política pública: lecciones y desafíos del éxito en Tailandia	19	12	9	9
Los costos económicos del SIDA a largo plazo: teoría y aplicación a Sudáfrica	18	10	7	2

a. El tamaño de la muestra indicado es el máximo para cada grupo en todas las publicaciones.

**Cuadro F.4: Conferencia sobre el SIDA en Nairobi: Calidad y utilidad de los estudios analíticos**

Informe	Tamaño de la muestra	Calidad técnica (% calificación alta o muy alta)	Utilidad (% calificación muy útil o sumamente útil)
Los costos económicos del SIDA a largo plazo: teoría y aplicación a Sudáfrica	29	79	75
La infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual	134	76	74
Romper el silencio: establecimiento de prioridades realistas para el control del SIDA en los países menos desarrollados	102	75	71
El costo directo e indirecto de la infección por el VIH en los países en desarrollo: el caso del Zaire y de Tanzania	43	72	67
Intensificar la acción contra el SIDA en África: respuesta a una crisis de desarrollo	91	71	67
Hacer frente al SIDA: prioridades públicas en una epidemia mundial	96	70	74
Costo de la intensificación de las actividades de los programas de lucha contra el VIH a escala nacional en África al sur del Sahara	69	65	59
El SIDA y la educación: una ventana de esperanza	73	64	69
El SIDA y la política pública: lecciones y desafíos del éxito en Tailandia	39	64	61
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África: problemas y buenas prácticas	50	62	64
El VIH/SIDA y el crecimiento económico: una perspectiva mundial	71	61	57
Intervenciones del Banco Mundial en la lucha contra el VIH/SIDA: evaluación ex ante y ex post	33	61	72

blemas particulares en la distribución de esas traducciones o el acceso a ellas: es un problema que merece investigarse más.

**Calidad técnica y utilidad.** En la encuesta se preguntó a los entrevistados que habían leído un informe que calificaran su calidad técnica. Las posibles calificaciones eran: 1 (muy bajo), 2 (bajo), 3 (promedio), 4 (alto), 5 (muy alto), 6 (no sabe). En la encuesta también se pidió a los entrevistados que habían leído el informe que calificaran su utilidad para su trabajo sobre el VIH/SIDA. Las posibles calificaciones eran: 1 (no fue útil), 2 (fue útil), 3 (fue muy útil), 4 (uno de los más útiles). Las calificaciones sobre la calidad técnica y la utilidad de cada informe se presentan en el Cuadro F.4.

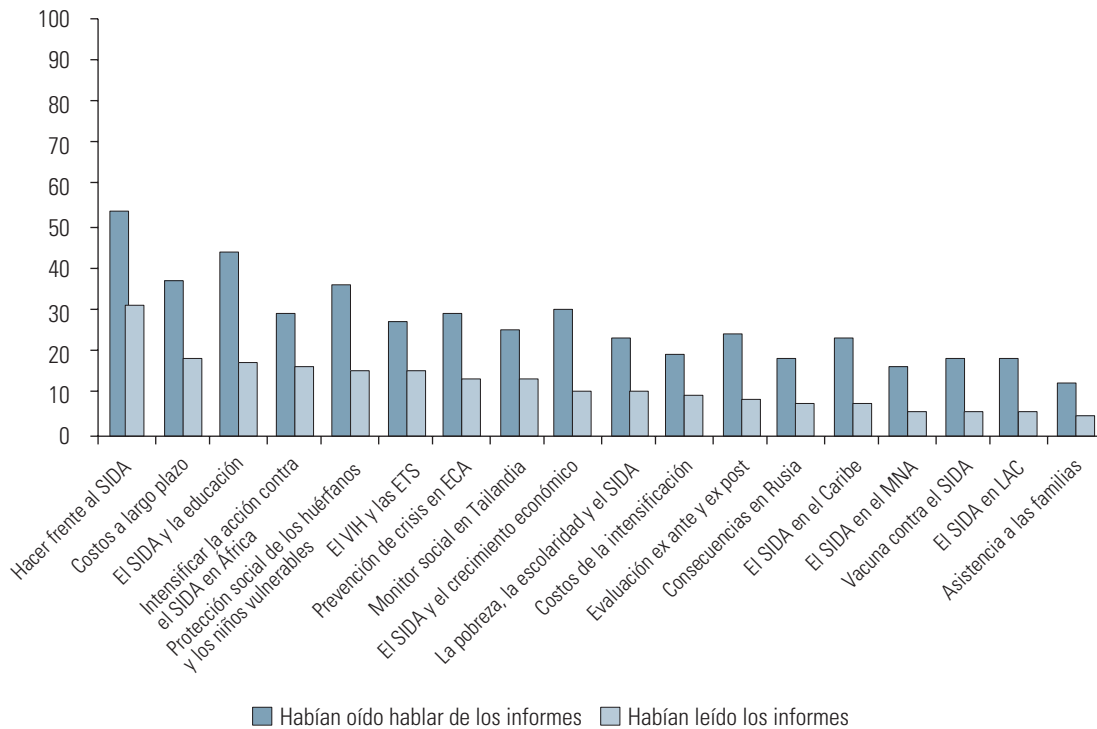
Más de 60% de los entrevistados asignaron a los 12 informes correspondientes una calificación de la calidad técnica “alta” o “muy alta”. En la mitad, 70% o más asignó una calificación “alta” o “muy alta”. La mayoría de los entrevistados calificaron todos los 12 informes como “muy útiles” y “uno de los más útiles”. En lo que res-

pecta a cinco capítulos, por lo menos 70% declararon que el informe era “muy útil” o “uno de los más útiles”.

**Uso de Internet.** Se ofreció alguna forma de acceso a Internet a 90% de los entrevistados, pero solamente 58% tenían acceso “regular” (conexión en la casa y en la oficina). Fue más común que las personas no africanas (94%) tuvieran acceso regular a Internet en comparación con las africanas (52%). Los entrevistados que trabajaban en entidades donantes tenían más posibilidades de disponer de acceso regular a Internet (94%), seguidos de quienes trabajaban en ONG internacionales (80%) y universidades (65%). Quienes trabajaban en ONG y OBC nacionales o locales tenían un mínimo grado de acceso a Internet (42%).

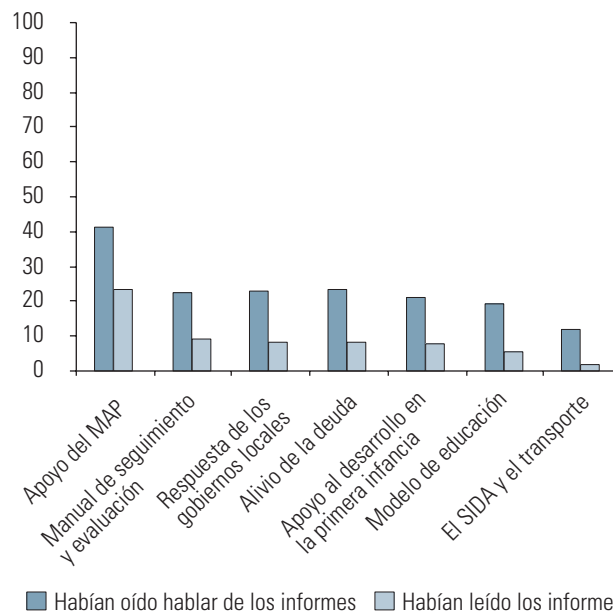
Treinta y siete por ciento de los entrevistados habían visitado el sitio web sobre el SIDA del Banco por lo menos una vez y 15% habían visitado el sitio de IAEN por lo menos una vez. Los hombres y las personas no africanas tenían más posibilidades de haber visitado ambos sitios que

**Gráfico F.2: Funcionarios de la Red de Desarrollo Humano del Banco: Porcentaje de entrevistados que habían oído hablar de los informes y los habían leído**



Nota: MNA = Oriente Medio y Norte de África; LAC = América Latina y el Caribe.

**Gráfico F.3: Funcionarios de la Red de Desarrollo Humano del Banco: Porcentaje de entrevistados que habían oído hablar de los informes y los habían leído**





las mujeres y las personas africanas. Los entrevistados que trabajaban en entidades donantes y ONG internacionales tenían más posibilidades de haber visitado ambos sitios en comparación con los entrevistados que trabajaban en otras empresas.

## Resultados: Funcionarios de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial

**Características generales.** La edad promedio de los entrevistados era de 43 años y 60% eran mujeres. Casi todos los entrevistados eran funciona-

rios del Banco (98%). Entre el personal del Banco, 69% estaba en la sede y 30% sobre el terreno. Cuarenta y siete por ciento de los entrevistados se identificaron como “especialistas”, 22% como “economistas”, 20% como “otros” (por ejemplo, oficiales de operaciones) y 11% como “administradores”. Catorce por ciento de los entrevistados (29 personas) habían sido jefes de equipo de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA (enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA o de un componente), en tanto que 44% habían prestado apoyo técnico o hecho estudios analíticos para el trabajo del Banco de

**Cuadro F.5: Reconocimiento y lectura por parte de los jefes de equipo de los proyectos del Banco Mundial (n = 29).**

Informe o conjunto de recursos documentales	Habían oído hablar del informe	Habían leído el informe
Hacer frente al SIDA: prioridades públicas en una epidemia mundial	82	82
La infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual	59	41
Los costos económicos del SIDA a largo plazo: teoría y aplicación a Sudáfrica	59	26
Intensificar la acción contra el SIDA en África: respuesta a una crisis de desarrollo	58	54
SIDA y educación: una ventana de esperanza	56	28
Los costos de la intensificación de las actividades de los programas contra la infección por el VIH a escala nacional en África al sur del Sahara	52	37
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África	52	37
La respuesta de Tailandia al SIDA: ampliación del éxito y enfrentamiento del futuro	44	28
Intervenciones del Banco Mundial en la lucha contra el VIH/SIDA: evaluación ex ante y ex post	40	29
Prevención de crisis por el SIDA en Europa Oriental y Asia Central	40	24
El VIH/SIDA en el Caribe: problemas y opciones	40	12
El SIDA y el crecimiento económico	36	16
El impacto epidemiológico de una vacuna contra el SIDA en los países en desarrollo	36	8
El VIH/SIDA en el Oriente Medio y el Norte de África: los costos de la falta de acción	33	19
El VIH/SIDA en América Latina: los desafíos del futuro	33	15
La pobreza, el SIDA y la escolaridad de los niños: un dilema focalizado	31	19
Las consecuencias económicas del VIH/SIDA en la Federación Rusa	27	23
Preparación y ejecución del apoyo del MAP a los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA en África: directrices y lecciones aprendidas	79	57
El SIDA, la reducción de la pobreza y el alivio de la deuda	56	26
Respuestas de los gobiernos locales al VIH/SIDA: manual	52	33
Manual de operaciones de seguimiento y evaluación de los Consejos Nacionales de Lucha contra el SIDA	46	27
Directrices operativas para apoyar el desarrollo en la primera infancia en los programas multisectoriales de lucha contra el VIH/SIDA en África	35	19
El SIDA y el transporte en África: guía de referencia rápida	35	9
Modelo del impacto del VIH/SIDA en los sistemas educativos: manual de adiestramiento	27	12

**Cuadro F.6: ¿De qué informes han oído hablar los funcionarios sectoriales y cuáles han leído? (Porcentaje)**

Informe	Salud, nutrición y población (n = 85)		Educación (n = 41)		Protección social (n = 29)	
	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído
Hacer frente al SIDA	65	52	45	14	34	14
La infección por el VIH y las ETS	45	31	16	7	3	0
El SIDA y la educación	38	18	66	31	31	0
Conjunto de recursos documentales para modelos de educación	21	6	30	9	7	0
La pobreza, la escolaridad y el SIDA	17	2	30	16	21	14
La protección social de HNV en África <sup>a</sup>	29	14	38	7	59	41
Conjunto de recursos documentales sobre el desarrollo en la primera infancia	21	6	22	11	31	10

a. HNV = huérfanos y niños vulnerables.

**Cuadro F.7: ¿De qué informes han oído hablar los funcionarios regionales y cuáles han leído? (Porcentaje)**

Informes	África (n = 38)		Asia oriental (n = 25)		Asia meridional (n = 17)		Europa oriental y Asia central (n = 31)	
	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído	Oído	Leído
Extrarregionales								
Hacer frente al SIDA	50	43	76	32	65	56	55	29
El SIDA y la educación	53	20	35	8	44	29	31	4
La infección por el VIH y las ETS	42	22	29	17	41	28	23	10
Respuesta de Tailandia al SIDA	17	9	48	32	59	33	26	7
Evaluación ex ante y ex post	36	18	25	4	25	18	19	7
La pobreza, el SIDA y la escolaridad	36	28	17	8	19	0	16	6
Regionales								
Intensificar la acción contra el SIDA en África	62	46						
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África	63	38						
Costos de la intensificación en África	42	26						
Prevención de la crisis del SIDA en Europa oriental y Asia central							81	43
Las consecuencias del SIDA en Rusia							68	30

lucha contra el VIH/SIDA en el Banco.

**Reconocimiento y lectura.** El Gráfico F.2 muestra el

porcentaje de entrevistados que habían oído hablar de cada informe y que lo habían leído. El Gráfico F.3 muestra lo mismo en el caso de los

**Cuadro F.8: Funcionarios de la Red de Desarrollo Humano: Calidad y utilidad de los estudios analíticos**

<b>Informe o conjunto de recursos documentales</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>Calidad técnica (% calificación alta o muy alta)</b>	<b>Utilidad (% calificación muy útil o sumamente útil)</b>
Respuesta de Tailandia al SIDA	23	83	65
Hacer frente al SIDA	63	76	51
La infección por el VIH y las ETS	29	76	46
Los costos del SIDA a largo plazo	34	74	38
Prevención de una crisis de SIDA en Europa oriental y Asia central	26	69	50
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables	29	59	31
Conjunto de recursos documentales de apoyo del MAP	45	56	48
El SIDA y la educación: una ventana de esperanza	31	55	39
Intensificar la acción contra el SIDA en África	33	49	41
El SIDA y el crecimiento económico	20	35	35

*Nota:* Los resultados se presentan solamente si por lo menos 20 entrevistados han leído el informe.

conjuntos de recursos documentales. Los informes con el mayor grado de reconocimiento no fueron necesariamente los mismos que tuvieron el mayor grado de lectura.

Un análisis más detallado de los datos mostró que el reconocimiento de los informes estaba equilibrado entre el personal de la sede y el asignado al terreno, independientemente de que el

informe fuera mundial o regional. Sin embargo, los informes particulares sobre una región tuvieron más posibilidades de reconocimiento y lectura por parte de las personas afiliadas a la región que era el punto de enfoque del informe.

En lo que respecta a todos los informes y conjuntos de recursos documentales, el reconocimiento fue mayor entre los jefes de equipo

**Cuadro F.9: Comparación de las calificaciones de calidad y utilidad asignadas por los participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi y por los funcionarios de la Red de Desarrollo Humano del Banco**

<b>Informe</b>	<b>Participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi</b>		<b>Funcionarios de la Red de Desarrollo Humano del Banco</b>	
	<b>Calidad técnica (% calificación alta o muy alta)</b>	<b>Utilidad (% calificación muy útil o sumamente útil)</b>	<b>Calidad técnica (% calificación alta o muy alta)</b>	<b>Utilidad (% calificación muy útil o sumamente útil)</b>
Los costos económicos del SIDA a largo plazo teoría y aplicación a Sudáfrica	79	75	74	38
La infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual	76	74	66	46
Intensificar la acción contra el SIDA en África: respuesta a una crisis de desarrollo	72	67	49	41
Hacer frente al SIDA: prioridades públicas en una epidemia mundial	70	74	76	51
El SIDA y la educación: una ventana de esperanza	64	69	55	39
El VIH/SIDA y el crecimiento económico: perspectiva mundial	61	57	35	35
Protección social de los huérfanos y los niños vulnerables de África: problemas y buenas prácticas	62	64	59	31

de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA y quienes habían proporcionado apoyo técnico o hecho estudios analíticos para proyectos y actividades de lucha contra el VIH/SIDA, en comparación con los funcionarios del Banco entrevistados. Aun así, entre los jefes de equipo de los proyectos, menos de la mitad había leído la mayor parte de los informes y menos de una tercera parte había leído la mayor parte de los conjuntos de recursos documentales (Cuadro F.5).

El personal del sector de salud, nutrición y población tuvo el máximo grado de reconocimiento y las mayores posibilidades de haber leído un informe (Cuadro F.6). Entre los informes menos leídos por el personal de SNP, cuatro se enfocaban en sectores externos al de SNP y tenían más posibilidades de reconocimiento y lectura por parte del personal de esos sectores. Solamente un informe sobre el SIDA fue reconocido por lo menos por la mitad del personal en cada uno de esos sectores.

**Calidad técnica y utilidad.** En la encuesta se pidió a los funcionarios del Banco entrevistados que habían leído un informe o un conjunto de recursos documentales que calificaran su calidad técnica según la escala siguiente: 1 (muy bajo), 2 (bajo), 3 (promedio), 4 (alto), 5 (muy alto), 6 (no sabe). También se pidió a los entrevistados que calificaran la utilidad del informe o del conjunto de recursos documentales para su trabajo sobre el VIH/SIDA. Las posibles calificaciones fueron: 1 (no fue útil), 2 (útil), 3 (muy útil), 4 (uno de los más útiles). El porcentaje de funcionarios de la Red de Desarrollo Humano que calificaron un informe como alto o muy alto en cuanto a calidad y muy útil o uno de los más úti-

les se presenta en el Cuadro F.8.

En el caso de ocho de los 10 informes o conjuntos de recursos documentales leídos por lo menos por 20 personas, la mitad de los entrevistados o más asignaron una calificación de calidad “alta” o “muy alta”. En cuatro de esos informes, por lo menos 70% de los entrevistados asignaron una calificación de calidad “alta” o “muy alta”. En casi todos los informes, 85% o más de los lectores asignaron al informe una calificación de “útil” o mejor. En tres de 10 casos, los entrevistados observaron que el informe era “muy útil” o “uno de los más útiles”.

**Uso del sitio web.** En la encuesta se observó que el sitio web sobre el SIDA del Banco Mundial había recibido la visita de 56% de los funcionarios de la Red de Desarrollo Humano entrevistados y de 77% de los entrevistados que habían prestado apoyo al trabajo de lucha contra el VIH/SIDA. El sitio web de IAEN había recibido la visita de 23% de los entrevistados y 40% de quienes habían prestado apoyo para el trabajo sobre el VIH/SIDA.

### Calidad y utilidad de los informes comunes a ambas encuestas

Con una sola excepción, en general, los participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi asignaron a los informes calificaciones de calidad técnica que eran iguales o superiores a las calificaciones técnicas dadas por los funcionarios del Banco (Cuadro F.9). Los participantes en la Conferencia de Nairobi mostraron más posibilidades de notificar que los informes eran muy útiles o unos de los más útiles en comparación con los funcionarios del Banco.

## Anexo 1. Informes y conjuntos de recursos documentales empleados en las encuestas

### Cuadro A.1: Informes empleados para la encuesta de los participantes en la Conferencia sobre el SIDA en Nairobi

<b><i>Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis.</i></b> Banco Mundial, agosto de 1999.
<b><i>Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic.</i></b> <i>World Bank Policy Research Report</i> , Banco Mundial, 1997 y 1999 (rev.). Oxford University Press, Nueva York.
<b><i>Education and HIV/AIDS: A Window of Hope.</i></b> Banco Mundial, 2002.
<b><i>Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and Good Practice.</i></b> K. Subbarao, A. Mattimore, K. Plangemann. <i>Africa Region Human Development Working Paper</i> No. 9, Banco Mundial, agosto de 2001.
<b><i>Breaking the Silence: Setting Realistic Priorities for AIDS Control in Less-Developed Countries.</i></b> M. Ainsworth, W. Teokul. <i>The Lancet</i> , julio de 2000, 356(9223), pp. 55-60.
<b><i>AIDS and Public Policy Lessons and Challenges of Success in Thailand.</i></b> M. Ainsworth, C. Beyrer, A. Soucat. <i>Health Policy</i> , abril de 2003, Vol. 64 No. 1, pp. 13-37.
<b><i>HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases.</i></b> M. Over, P. Piot, from <i>Disease Control Priorities in Developing Countries</i> . D. Jamison y otros, eds. pp. 455-527. Oxford University Press, Nueva York, 1993.
<b><i>World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and Ex-post Evaluation.</i></b> J. Dayton. <i>World Bank Discussion Paper</i> No. 389, junio de 1998.
<b><i>Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates.</i></b> Banco Mundial, marzo de 2001.
<b><i>The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The Case of Zaire and Tanzania.</i></b> M. Over, S. Bertozzi, J. Chin, de <i>The Global Impact of AIDS</i> , A. Fleming, M. Carballo, D. Fitzsimmons, M. Bailey, J. Mann, eds. Alan R. Liss, Nueva York, 1988.
<b><i>HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective.</i></b> R. Bonnel. <i>The South African Journal of Economics</i> , 2000, Vol. 68, No. 5, pp. 820-855.
<b><i>The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa.</i></b> C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach. <i>Policy Research Working Paper</i> No. 3152, octubre de 2003.

### Cuadro A.2: Informes y conjuntos de recursos documentales empleados en la encuesta del personal del Banco Mundial

<b>Informes</b>
<b><i>Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic.</i></b> <i>World Bank Policy Research Report</i> , Banco Mundial, 1997 y 1999 (rev.). Oxford University Press, Nueva York.
<b><i>Education and HIV/AIDS: A Window of Hope.</i></b> Banco Mundial, 2002.
<b><i>Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and Good Practice.</i></b> K. Subbarao, A. Mattimore, K. Plangemann. <i>Africa Region Human Development Working Paper Series</i> No. 9, Banco Mundial, agosto de 2001.
<b><i>Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma.</i></b> M. Ainsworth, D. Filmer. <i>Policy Research Working Paper</i> No. 2885, Banco Mundial, septiembre de 2002.
<b><i>Breaking the Silence: Setting Realistic Priorities for AIDS Control in Less-Developed Countries.</i></b> M. Ainsworth, W. Teokul. <i>The Lancet</i> , julio de 2000, 356(9223), pp. 55-60.
<b><i>Sources of Financial Assistance for Households Suffering an Adult Death.</i></b> P. Mujinja, M. Lundberg, M. Over. <i>Policy Research Working Paper</i> No. 2508, Banco Mundial, diciembre de 2000.

**Cuadro A.2: Informes y conjuntos de recursos documentales empleados en la encuesta del personal del Banco Mundial**

***The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa.*** C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach. *Policy Research Working Paper* No. 3152, Banco Mundial, octubre de 2003.

***HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective.*** R. Bonnel. *The South African Journal of Economics*, 2000, Vol. 68 No. 5, pp. 820-855.

***The Epidemiological Impact of an HIV/AIDS Vaccine in Developing Countries.*** J. Stover, G. Garnett, S. Seitz, S. Forsythe. *Policy Research Working Paper* No. 2811. Banco Mundial, marzo de 2002.

***World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and ex-post Evaluation.*** J. Dayton. *World Bank Discussion Paper* No. 389, junio de 1998.

***HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases.*** M. Over, P. Piot y *Disease Control Priorities in Developing Countries*. D. Jamison y otros, eds. pp. 455-527. Oxford University Press, Nueva York, 1993.

***Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis.*** Banco Mundial, agosto de 1999.

***Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates.*** Banco Mundial, marzo de 2001.

***Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future.*** *Thailand Social Monitor*, Banco Mundial, noviembre de 2000.

***Averting AIDS Crises in Eastern Europe and Central Asia: A Regional Support Strategy.*** Banco Mundial, 2003.

***The Economic Consequences of HIV/AIDS in the Russian Federation.*** C. Ruehl, Pokrovsky, Viniogradov. Banco Mundial, 2002.

***HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead.*** A. Abreu, I. Noguera, K. Cowgill. *Health, Nutrition, and Population Paper Series*, Banco Mundial, 2003.

***HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options.*** P. Márquez, V. Sierra, J. Gayle, R. Crown. Banco Mundial, junio de 2000.

***HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction.*** C. Jenkins, D. Robalino. Banco Mundial, 2003.

**Conjuntos de recursos documentales**

***Preparing and Implementing MAP Support to HIV/AIDS Country Programs in Africa: The guidelines and lessons learned.*** Banco Mundial, julio de 2003.

***National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operations Manual.*** Banco Mundial, ONUSIDA, 2002.

***Operational Guidelines for Supporting Early Child Development in Multisectoral HIV/AIDS Programs in Africa.*** Banco Mundial, ONUSIDA, UNICEF, 2003.

***AIDS, Poverty Reduction and Debt Relief: A Toolkit for Mainstreaming HIV/AIDS Programs into Development Instruments.*** O. Adeyi, R. Hecht, E. Njobvu, A. Soucat. Banco Mundial, ONUSIDA, marzo de 2001.

***Modeling the Impact of HIV/AIDS on Education Systems – A Training Manual.*** Banco Mundial, ONUSIDA, junio de 2002.

***AIDS and Transport in Africa: A Quick Reference Guide.*** Banco Mundial, julio de 2003.

***Local Government Responses to HIV/AIDS: A Handbook.*** Banco Mundial, Cities Alliance, UNDP/UN Habitat, AMICAALL, septiembre de 2003.

---

## APÉNDICE G: RESÚMENES DE ESTUDIOS DE CASOS

---

### Brasil

*Chris Beyrer, Varun Gauri  
y Denise Vaillancourt*

Los objetivos del presente estudio son: a) evaluar el impacto de la asistencia prestada por el Banco Mundial al Brasil para la lucha contra el VIH/SIDA en relación con la hipótesis de falta de asistencia del Banco, y b) aprender lecciones para las futuras actividades en ese campo.

La experiencia previa en campañas contra el gobierno militar y en pro del acceso ampliado a la atención de salud sirvió de fuente de inspiración para que la sociedad civil del Brasil se movilizara de una manera dinámica contra el SIDA cuando aparecieron los primeros casos nacionales en 1982. Al principio, la epidemia se propagó con rapidez entre los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres y luego entre los usuarios de drogas por vía intravenosa, después de lo cual se desató una ola de transmisión heterosexual. Varios estados, en particular el de São Paulo, encabezaron la respuesta. Ya en 1989, el gobierno federal había establecido un programa nacional, reglamentado el suministro de sangre y establecido una comisión nacional del SIDA compuesta de representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El Banco Mundial prestó importante asistencia a la respuesta del Brasil en forma de dos proyectos por un total de US\$550 millones (financiados en parte con US\$325 millones de fondos de préstamo del Banco) que funcionaron desde 1993 hasta 2003. Un tercer proyecto, por un monto de US\$200 millones, fue aprobado en junio de 2003. Además, el Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas en el Nordeste financió US\$7,4 millones para campañas de lucha

contra el VIH/SIDA en los medios de comunicación, el establecimiento del Programa Nacional de Control del SIDA y las ETS (NASCP) y la preparación del primer proyecto de lucha contra el SIDA. El Brasil se acercó al Banco para expresar interés en obtener préstamos para apoyar su programa de lucha contra el VIH/SIDA a comienzos de los años noventa, época en que el Banco no tenía una estrategia explícita de lucha contra el SIDA en ese país, ni participaba en un diálogo sobre la política en materia de SIDA con el gobierno. En 1993, cuando comenzó el primer proyecto de lucha contra el SIDA, aún no había una prevención activa fuera de ciertas zonas metropolitanas de importancia ni entre determinados grupos de alto riesgo. El Brasil no había establecido la red de laboratorios que facilitarían sus programas de pruebas de detección y (en particular) de tratamiento. La Coordinación Nacional del VIH/SIDA/ETS comenzó a reconstituirse después de un período de dificultades de 1990 a 1992, y muchos estados y municipios no tenían ningún programa de lucha contra el VIH/SIDA. La estrategia de asistencia implícita del Banco se concentró en actividades preventivas, fortalecimiento institucional (en particular vigilancia, seguimiento y evaluación) y bienes públicos para promover la eficacia en función de los costos del tratamiento. Estos puntos de relieve fueron y siguen siendo importantes.

La asistencia prestada por el Banco Mundial fue sumamente eficaz en algunos campos. Las asociaciones con las ONG y las organizaciones de servicio comunitario (OSC) movilizaron actividades de prevención en un momento crítico y ampliaron la cobertura geográfica y funcional del programa en gran medida. La asistencia financiera y técnica del Banco también apoyó el diseño y la ejecución local de 27 planes de acción

estatales y 150 planes de acción municipales de lucha contra el VIH/SIDA bajo la supervisión de las unidades locales de coordinación del control de las ETS, la infección por el VIH y el SIDA, muchas de las cuales se habían establecido con asistencia de los proyectos. Las actividades de asistencia del Banco al Brasil para el fomento de la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH tuvieron menos éxito; a la larga, se dispuso de una gran cantidad de datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH y el comportamiento arriesgado en algunas poblaciones clave (mujeres embarazadas y reclutas militares), pero solamente hasta después de 1997. La vigilancia sistemática de la infección por el VIH sigue siendo un desafío. Tampoco se formuló una estrategia integral de seguimiento y evaluación del impacto de los programas sino hasta una fase avanzada del segundo proyecto, en preparación para el tercero. La capacidad de usar información epidemiológica, conductual y programática para la toma de decisiones pertinentes y la coordinación de actividades de prevención sigue siendo débil en el Brasil, particularmente fuera de las zonas metropolitanas importantes. El Brasil dejó de efectuar análisis de la eficacia en función de los costos planeados con apoyo del Banco, con la consecuencia de que hay una escasa base empírica para la asignación de prioridad a las actividades programáticas y la asignación de recursos humanos y financieros. Aunque los proyectos sí establecieron un sistema de promoción de las iniciativas locales, esas últimas (a semejanza de muchas iniciativas de salud del país) no se integraron con otros programas locales del sector de salud. La falta de un marco eficaz para la descentralización del sector de salud en el Brasil hasta una época avanzada de los años noventa obstaculizó ese esfuerzo.

A fines de 2003, se había notificado en el Brasil un total de 310.310 casos de SIDA desde el comienzo de la epidemia y se estimaba que 0,65% de la población adulta tenía infección por el VIH/SIDA. Un estudio de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres efectuado en 2002 en 10 capitales de estados reveló que 70% notificaron uso constante de preservativos con todas las parejas sexuales en los seis meses precedentes. Ya para ese año había

160 programas de intercambio de agujas y jeringas en funcionamiento en el Brasil. Un estudio de 3.000 trabajadores sexuales efectuado en cinco ciudades en 2001 reveló que 74% usaban constantemente preservativos con sus clientes. Se informó que la cobertura de los presos con un conjunto básico de actividades educativas y de promoción de uso de preservativos era de 65% en toda la nación. Las ventas anuales de preservativos masculinos aumentaron de 5 millones en 1985 a 395 millones en 2001. El Brasil promulgó una ley para garantizar el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales a los pacientes de SIDA en forma gratuita en 1996. En 2004, unos 175.000 pacientes de SIDA recibían atención: 135.000 estaban en tratamiento con medicamentos antirretrovirales y 40.000 recibían otras clases de atención. El Brasil ha creado una red nacional de laboratorios para detección de la carga del VIH y la vigilancia inmunitaria de la concentración de linfocitos CD4/CD8 para orientar el tratamiento. Con ello se ha observado un marcado efecto en la mortalidad, la morbilidad y la supervivencia después del diagnóstico del SIDA, la hospitalización, las tasas de incidencia de infecciones oportunistas y la calidad de vida.

El compromiso del gobierno de luchar contra la infección por el VIH/SIDA fue anterior a la participación del Banco y, con toda seguridad, se habrían establecido programas generales de prevención aun sin los proyectos. No obstante, el equipo de evaluación observó cuatro campos críticos en los que el Banco posiblemente tuvo impacto en relación con la hipótesis de ausencia de participación:

- Los proyectos ayudaron a salvaguardar los recursos de prevención durante un período de inestabilidad macroeconómica y financiera en el que hubo un impresionante aumento de la demanda de tratamiento del SIDA, y protegieron los fondos destinados a la lucha contra el VIH/SIDA de interferencia política en el ámbito local.
- La respuesta nacional se ha enfocado más en la prevención del VIH entre los grupos con comportamiento de alto riesgo, incluso grupos muy marginados como los usuarios de drogas



por vía intravenosa y los trabajadores del sexo, por causa de la legitimidad impartida por el apoyo del Banco.

- La creación y el apoyo de unidades de coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS estatales y municipales (en todos los 27 estados y 150 municipios), la formulación y ejecución de propuestas de programas de trabajo locales que estarían sujetas a acuerdos (contratos) oficiales entre esas unidades y el NASCP, el financiamiento de los costos de administración de personal y el cofinanciamiento de otros costos por parte del gobierno local, además de la capacitación de funcionarios locales de los programas, probablemente ocurrieron antes de lo previsto por causa de la asistencia del Banco. El apoyo del Banco ayudó a crear la capacidad local de realización de programas e impulsó la participación de los gobiernos locales que, en definitiva, facilitarían la descentralización de los programas.
- La participación del Banco alentó, desde el principio, la creación de mecanismos gubernamentales para financiar a las ONG como ejecutoras de programas de lucha contra el SIDA, mejorar la eficiencia y eficacia de los programas de prevención, habilitar a los grupos marginales que son la clave del éxito y ampliar la base de interesados para reforzar el compromiso del gobierno.

Si bien muchas de las actividades financiadas por los dos proyectos posiblemente mejoraron la eficiencia y eficacia del tratamiento y de la atención, el equipo no puede descartar la firme posibilidad de que el gobierno hubiera realizado esas actividades aun sin la participación del Banco. Por desgracia, debido en gran medida a que el gobierno dejó de adoptar una vigilancia sistemática de la infección por el VIH y del comportamiento arriesgado —y a la incapacidad del Banco para garantizar la ejecución de esas actividades planeadas en los dos proyectos—, no es posible evaluar el impacto de las actividades de prevención del gobierno ni del aporte del Banco a ellos en lo que respecta a la epidemia o a los patrones de comportamiento que la propagan. No se ha evaluado lo suficiente la eficacia en función de los costos de ninguna de las intervenciones innovadoras de prevención pa-

trocinadas por esos proyectos. El intento de fomentar el seguimiento y la evaluación en el programa brasileño de lucha contra el SIDA es posiblemente uno de los campos en que la asistencia del Banco ha tenido el menor impacto.

La evaluación también ha destacado numerosas lecciones de la participación del Banco en la lucha contra el SIDA en el Brasil: la necesidad de fomentar la voluntad política en todos los niveles de formulación y ejecución de políticas; la función del Banco para dar legitimidad a los programas de prevención polémicos; la necesidad de abordar las restricciones en el sistema de salud que revisten importancia crítica para la respuesta al SIDA; las oportunidades que tiene el Banco de invertir en bienes públicos que mejoren la eficiencia del tratamiento; el aporte crítico de la participación de las ONG para cubrir a los grupos de alto riesgo, y la necesidad de invertir en ampliación de la capacidad para asegurarse de que eso suceda; las preocupaciones sobre la sostenibilidad a largo plazo de la respuesta de las ONG que depende de los proyectos patrocinados por el Banco; la necesidad de incorporar la debida preparación e incentivos de seguimiento y evaluación en los proyectos, y la factibilidad de trabajar con grupos de alto riesgo en una epidemia concentrada cuando las intervenciones sean realizadas por comunidades expuestas a riesgo y con su colaboración, y se respeten sus derechos humanos.

## Etiopía

*Denise Vaillancourt, Sarbani Chakraborty y Taba Taba*

El objetivo de este estudio de casos es evaluar el impacto de la asistencia prestada por el Banco Mundial en materia de diálogo sobre políticas, estudios analíticos y préstamos en la respuesta nacional de Etiopía al VIH/SIDA, y aprender lecciones de esa experiencia. Este estudio de casos se basa en un análisis de documentos publicados e inéditos sobre el VIH/SIDA en Etiopía; entrevistas estructuradas con varios interesados en representación del gobierno, la sociedad civil, el Banco Mundial, los donantes y las organizaciones no gubernamentales, comunitarias y re-

ligiosas; visitas sobre el terreno a determinadas regiones de Etiopía en agosto de 2003, y análisis de información epidemiológica y conductual.

### ***Epidemia del SIDA***

Los primeros casos de infección por el VIH en Etiopía se notificaron en 1984, y los primeros casos de SIDA en 1986. La transmisión heterosexual es la principal modalidad de infección por el VIH. Este virus se propagó con rapidez entre los trabajadores del sexo y otras poblaciones con una tasa elevada de cambio de parejas sexuales. En su segunda fase, el VIH se propagó a las parejas sexuales de las poblaciones de alto riesgo, incluso a las parejas monógamas y a las que tenían tasas mucho menores de intercambio de parejas sexuales. En las zonas rurales de Etiopía, la epidemia se inició a comienzos de los años noventa. La prevalencia nacional de infección por el VIH en adultos se estimó en 6,6% en 2002: 13,7% en las zonas urbanas (15,6% en Addis Abeba) y 3,7% en las zonas rurales. Según las estimaciones, 219.400 etíopes tenían SIDA. Hoy en día, la epidemia de infección por el VIH/SIDA está generalizada en Etiopía y la prevalencia promedio de infección por el VIH en la población en general es de 5% o más. Sin embargo, hay una gran heterogeneidad geográfica en la epidemia y algunas regiones están en una etapa anterior.

### ***Respuesta inicial en Etiopía***

La respuesta inicial de Etiopía, lanzada en 1987, fue una de las primeras de África. Bajo el Departamento de Control del SIDA dentro del Ministerio de Salud, el Programa de Lucha contra el VIH/SIDA se centró en un plan estratégico que recaló la provisión de fondos públicos (vigilancia, investigación, seguimiento, evaluación y capacidad de análisis de laboratorio) y asignó prioridad a las intervenciones en materia de prevención destinadas a los grupos de alto riesgo y a la población en general. En sus primeros años, el programa se descentralizó a 14 regiones, colaboró con los sectores clave y financió actividades con las ONG. La respuesta inicial se lanzó bajo el gobierno del Derg (Comité Coordinador de las Fuerzas Armadas, la Policía y el Ejército Territorial) (1974-1991), cuando era limitada la asistencia bilateral de donantes para la

lucha contra el SIDA, ya que muchos aunque no todos los donantes bilaterales retiraron su apoyo al régimen marxista. Aunque el Banco Mundial ha trabajado activamente en otros sectores de Etiopía desde 1950, y el primer proyecto de salud se aprobó en 1985, no proporcionó apoyo financiero ni técnico a estas primeras actividades de los programas de lucha contra el VIH/SIDA. Además de las asignaciones del presupuesto público, el programa inicial recibió apoyo técnico y financiero del Programa Mundial sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (PMA/OMS).

A comienzos de los años noventa, con el derrocamiento del Derg, el nuevo gobierno tuvo un programa de trabajo abrumador y urgente compuesto por prioridades contrarias en materia de política y desarrollo. La rápida descentralización de los recursos y la autonomía para la toma de decisiones dada a las nuevas regiones redujo en forma espectacular el tamaño y los mandatos de las entidades federales. Una consecuencia de estos trastornos fue el debilitamiento de la respuesta nacional al VIH/SIDA. El gobierno enfrentaba un programa de trabajo ambicioso y subfinanciado para mejorar y ampliar los servicios básicos de atención de salud. Aunque se creía que la tasa de infección por el VIH era alta en ese momento —especialmente en Addis Abeba y otras zonas urbanas— tras enfermedades, como el paludismo, causaban muchos más padecimientos y muerte y predominaban en las zonas rurales, donde vive más del 80% de la población. En 1996 se preparó una nueva estrategia de lucha contra el SIDA a mediano plazo y se celebró una conferencia nacional con el lema de “Romper el silencio”, como resultado de una intensa actividad de cabildeo y de apoyo del ONUSIDA y de los donantes bilaterales.

### ***Iniciación del diálogo del Banco Mundial sobre el VIH/SIDA, 1996-1999***

En 1996, el Banco Mundial inició un diálogo sobre los sectores sociales con el gobierno, apuntado por un extenso análisis participatorio del sector social publicado en 1998. Esto marcó la iniciación del diálogo del Banco sobre el VIH/SIDA. El SIDA era una de las muchas enfermedades sujetas a un análisis de la carga de la morbilidad y el estudio proyectó las futuras infecciones por el

VIH y los casos de SIDA. El informe del sector social culminó con la preparación de planes decenales de desarrollo para los sectores de salud y educación, proporcionó la base para el diseño de operaciones de enfoque sectoriales y mejoró mucho la coordinación de los donantes del sector social bajo el liderazgo del Banco. Fortaleció la credibilidad del Banco y su relación laboral con los gobiernos y donantes. El Programa de Desarrollo del Sector de Salud (HSDP, US\$100 millones, Crédito No. 3140) fue aprobado por el Directorio en 1998 y entró en vigor en 1999. El control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre ellas la infección por el VIH y el SIDA, es uno de los nueve programas incluidos en el programa decenal de desarrollo del sector de salud. El apoyo financiero del Banco Mundial al HSDP se concentró en el fortalecimiento y la expansión de los servicios básicos de salud, que revisten importancia crítica para las actividades de lucha contra el VIH/SIDA dentro del sector de salud. El director de país y el representante residente del Banco han persistido en señalar el asunto del VIH/SIDA en cada oportunidad que se les presenta.

En 1999, el Banco Mundial preparó una nueva estrategia regional sobre el SIDA en África titulada *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa* [*Intensificar la acción contra el VIH/SIDA en África*] y creó un equipo de campaña contra el SIDA en África (ACTAfrica) para orientar a la región en la ejecución de esta estrategia. Un diálogo intensificado en Etiopía con apoyo del Vicepresidente regional para África y del Presidente del Banco Mundial culminó con un acuerdo para emprender una rápida preparación de una operación de lucha contra el VIH/SIDA, el Proyecto Multisectorial de Lucha contra el SIDA en Etiopía (EMSAP, US\$59,7 millones, Crédito No. 3416), uno de los dos primeros proyectos realizados bajo el nuevo Programa Multinacional de Lucha contra el SIDA (MAP) en África. Además, se integraron varios componentes de lucha contra el VIH/SIDA a los proyectos nuevos o reestructurados en otros sectores (distintos del de salud).

### **Proyecto Multisectorial de Lucha contra el SIDA en Etiopía**

Para satisfacer los criterios de admisibilidad cre-

ados por el Banco como determinantes de la participación en el Proyecto Multisectorial de Lucha contra el SIDA (EMSAP), el gobierno estableció a comienzos del año 2000 un Consejo Nacional del SIDA (NAC) y una Secretaría del Consejo Nacional del SIDA (NASC) bajo la oficina del Primer Ministro. El EMSAP canalizó fondos a cuatro componentes: fortalecimiento de la capacidad del gobierno y la sociedad civil; ampliación de la respuesta multisectorial del gobierno; ampliación de la respuesta de las ONG y las comunidades, y coordinación y gestión de proyectos. Cuarenta y cuatro por ciento de los fondos del proyecto (US\$28,1 millones) se asignaron a actividades comunitarias y de las ONG. La NASC asumió responsabilidad por la coordinación de los programas de lucha contra el VIH/SIDA, una responsabilidad asignada previamente al Ministerio de Salud. El proyecto se preparó y negoció en sólo seis semanas porque la administración del Banco consideró que la crisis del SIDA exigía una respuesta de emergencia y se comprometió a buscar la aprobación del Directorio para la fecha de celebración de las reuniones anuales de septiembre de 2000. La preparación se enfocó en el establecimiento de arreglos de ejecución que aceleraran la corriente de fondos y no en el contenido de la respuesta al SIDA que se apoyaría. No evaluó el marco estratégico quinquenal del gobierno desde el punto de vista técnico, económico, financiero, social o institucional. La consulta con donantes y ONG durante la preparación del proyecto fue extremadamente limitada. Se aplazaron varias tareas de preparación hasta la fase de ejecución del proyecto.

El EMSAP entró en vigor a comienzos de 2001 y desde hace tres años trabaja activamente. A fines de 2003 (a menos de seis meses de la fecha oficial de terminación), se había desembolsado menos de la mitad del crédito. La fecha de terminación del proyecto se ha prorrogado 18 meses, hasta diciembre de 2005. Hasta la fecha, la respuesta multisectorial del sector público ha sido débil, tanto en lo que respecta a fondos comprometidos y gastados como a la calidad de las propuestas presentadas por los ministerios. La transferencia de coordinación del programa de lucha contra el VIH/SIDA a la NASC en un

principio dio como resultado el alejamiento del Ministerio de Salud. El EMSAP ha financiado importantes insumos en materia de salud (medicamentos para tratar las infecciones oportunistas, centros de asesoramiento y pruebas voluntarias, nuevos sitios de vigilancia), que todavía no se han convertido en servicios y productos mejorados. El componente de respuesta de la sociedad civil y la comunidad ha estimulado la acción entre esos interlocutores. Las ONG han preparado y lanzado proyectos, muchos de los cuales se han enfocado en actividades de información, educación y comunicación. Entre otras actividades de prevención cabe citar el establecimiento y apoyo de miles de clubes contra el SIDA en todo el país para jóvenes estudiantes y desertores escolares. El número de consejos locales de lucha contra el VIH/SIDA establecido y de programas de trabajo preparados y financiados ha superado las previsiones. Todavía no se ha realizado a cabalidad la coordinación de estas actividades ni determinado su coherencia con las necesidades y exigencias de las diversas regiones y de varios grupos destinatarios.

#### *Impacto de la asistencia del Banco Mundial*

**Compromiso del gobierno.** El principal impacto de la asistencia del Banco Mundial ha sido elevar el perfil del SIDA como una cuestión de desarrollo y aumentar los recursos de que disponen el gobierno y la sociedad civil para luchar contra la epidemia. El informe sobre el sector social publicado en 1998 y el diálogo acompañante no pudieron convencer al liderazgo del sector social de la urgencia de la epidemia del VIH/SIDA. Sin embargo, el intenso trabajo de los altos funcionarios del Banco Mundial en 1999-2000 logró abrir el diálogo con las más altas esferas del gobierno. El gasto público en la lucha contra el VIH/SIDA desde entonces ha aumentado por medio de préstamos para proyectos así como de financiamiento de contrapartida de la nueva Oficina de Prevención y Control del VIH/SIDA (HAPCO). Las asignaciones del presupuesto regional financian los costos operativos y de personal de la HAPCO en el ámbito regional.

**Respuesta institucional.** Los criterios de admisibilidad determinantes de la participación en el EMSAP permitieron aprovechar los esfuerzos del ONUSIDA y de otros socios para crear una institución multisectorial de coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA. El EMSAP ha apoyado el establecimiento y funcionamiento de la HAPCO federal y de 11 regionales. Sin embargo, el Ministerio de Salud interpretó la creación de esas nuevas instituciones como falta de confianza en su liderazgo en materia de lucha contra el VIH/SIDA y su capacidad de atención de salud. La consecuencia había sido la separación del Ministerio de Salud, ministerio clave en la lucha contra el VIH/SIDA. Se informa que esta situación ha mejorado con el reciente nombramiento del Ministro de Salud como presidente del directorio del Consejo Nacional del SIDA. Los componentes de lucha contra el VIH/SIDA de los proyectos externos al sector de salud han apoyado una mayor identificación con los proyectos y más intervenciones de calidad que los programas de trabajo del sector público en los ministerios distintos del de salud financiados bajo el EMSAP.

**El VIH/SIDA y el sector de salud.** Los dos proyectos de salud han contribuido a fortalecer la capacidad del sistema de salud para prevenir y tratar muchas afecciones, entre ellas las ETS, pero con poco apoyo directo para las actividades de lucha contra el VIH/SIDA. El Ministerio de Salud no ha explotado a cabalidad el financiamiento facilitado por la Asociación Internacional de Fomento para la lucha contra el VIH/SIDA.

**Opción estratégica.** El Banco Mundial no ha tenido un impacto significativo en el contenido de la política nacional, adoptada en 1998, ni en la estrategia formulada para el período 2000-2004. En el informe del sector social de 1996-1998 no se examinó el plan de lucha contra el VIH/SIDA a mediano plazo y el EMSAP se comprometió a apoyar cualquier actividad que ya estuviera incluida en el plan estratégico nacional sin participar en un debate de las actividades prioritarias para el sector público.

**Participación de la sociedad civil.** El EMSAP ha apoyado un cambio radical del ambiente de participación de las ONG y las organizaciones de base comunitaria (OBC) en las actividades de lucha contra el VIH/SIDA al apoyar contratos entre el gobierno y las ONG a una escala sin precedentes. Hasta la fecha, no se ha hecho una evaluación sistemática de los proyectos de las ONG ni de los de las comunidades, de manera que se desconoce su impacto. Varios mecanismos engorrosos de desembolso y reposición de fondos han afectado la puntualidad y fiabilidad de las corrientes financieras a las ONG y hecho que las más sólidas recurran a otras fuentes de financiamiento y dejen los recursos del EMSAP a las ONG más débiles. La capacidad de la sociedad civil se ha utilizado en parte y fortalecido de una manera modesta por medio de la aplicación de la experiencia y alguna capacitación. Sin embargo, el fortalecimiento de la capacidad sigue siendo una prioridad crítica del proyecto.

**Seguimiento y evaluación.** La colaboración del Banco con otros socios para fortalecer la capacidad de vigilancia, seguimiento y evaluación ha tenido un modesto impacto hasta la fecha. El EMSAP ha invertido en la ampliación del número de sitios de vigilancia en consultorios de atención prenatal, sobre todo en las zonas rurales. No existe una vigilancia sistemática de la infección por el VIH en grupos de alto riesgo y los datos sobre las mujeres embarazadas todavía no son regulares ni fidedignos. No hubo ningún marco de seguimiento ni de evaluación al comienzo del proyecto, se dispuso de datos de referencia limitados en el momento de crear el EMSAP y las actividades cumplidas no han sido suficientes para establecer una base de referencia apropiada. No se produjo un marco de seguimiento y evaluación sino hasta el final del tercer año de ejecución del proyecto.

**Impacto en los resultados.** Los datos disponibles muestran que, si bien la sensibilidad con respecto al VIH/SIDA ya era de 90% en 2000, los conocimientos de métodos de prevención específicos en el período 2001-2002 eran limitados (50% de las principales poblaciones destinatarias informan que conocían las tres formas principales de pre-

venir la infección por el VIH), y los patrones de comportamiento arriesgado persisten a pesar de esos conocimientos. Puesto que no hubo una medición de referencia de muchos de los principales indicadores de resultados, no es posible evaluar ningún cambio que habría podido ocurrir durante el curso del proyecto hasta la fecha, y mucho menos ponderar la atribución de esos cambios al proyecto. La mayor parte de las intervenciones de prevención apoyadas hasta la fecha fueron para información, educación y comunicación y no se han orientado hacia el cambio de los patrones de comportamiento.

### **Resultados y lecciones**

El Banco se demoró en lanzar un diálogo y en ofrecer apoyo. Dejó pasar una oportunidad de iniciar un diálogo sobre la lucha contra el VIH/SIDA durante la reestructuración del Proyecto de Salud de la Familia en 1993 (US\$33 millones, Crédito No. 1913), época en la cual se disponía de suficiente información sobre la evolución de la enfermedad para exigir un método más dinámico. Al iniciar un diálogo sobre políticas en 1998, el Banco logró incluir el SIDA en el programa de trabajo en igualdad de condiciones con otras enfermedades infecciosas de importancia. Sin embargo, no logró convencer al gobierno del impulso y de las consecuencias de la infección ni de la urgente necesidad de detener una mayor propagación. La administración del Banco fue persistente y, en fin de cuentas, tuvo éxito en iniciar un diálogo con las más altas esferas del gobierno. Los dos nuevos canales de apoyo del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA—la introducción de componentes de lucha contra el VIH/SIDA en proyectos distintos de los de salud y el EMSAP— se produjeron en fecha muy reciente como resultado de la estrategia intensificada de la región de África.

De la experiencia del Banco Mundial en Etiopía emanan varias lecciones que son pertinentes para otras actividades de lucha contra el VIH/SIDA:

- La adopción de instituciones de coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA para satisfacer los criterios de admisibilidad establecidos por el Banco no asegura automáticamente un com-

promiso profundo ni sostenido por parte de la multitud de actores necesarios para tener una respuesta eficaz.

- El diseño y la ejecución de los proyectos concentrados primordialmente en el proceso más que en los resultados mina la eficacia y eficiencia del apoyo financiero del Banco.
- La creación de una institución multisectorial no necesariamente fomenta un enfoque multisectorial y, si no se basa en análisis institucional local, acarrea el riesgo de alejar a actores clave, como el Ministerio de Salud. Dentro del contexto de un enfoque multisectorial, es inequívoca la prominencia del sector de salud como importante líder y ejecutor de la lucha contra el VIH/SIDA.
- Las asignaciones financieras y los desembolsos son condiciones necesarias pero insuficientes para la exitosa participación de las ONG en la lucha contra el VIH/SIDA. Aun cuando haya financiamiento accesible, varios factores pueden minar los aportes de las ONG, entre ellos la falta de una estrategia de fortalecimiento de la capacidad basada en evaluaciones detalladas, la falta de conocimientos básicos sobre el número y la cobertura de las poblaciones destinatarias, un sistema inadecuado de seguimiento y evaluación de las actividades de las ONG, y la falta de mecanismos viables de coordinación de las asociaciones públicas y privadas de acuerdo con sus ventajas comparativas.
- El hecho de no haber establecido un banco de datos de referencia clave ni ideado un marco de seguimiento y evaluación durante el diseño de un proyecto es una oportunidad perdida para crear un sistema focalizado con orientación hacia los resultados.

## Indonesia

*A. Edward Elmendorf, Eric R. Jensen  
y Elizabeth Pisant*

Hasta hace poco, la epidemia de infección por el VIH/SIDA había registrado una baja tasa de prevalencia en Indonesia. El primer caso de infección por el VIH se descubrió en un turista homosexual extranjero en Bali en 1987. La vigilancia centinela

sistemática de los trabajadores del sexo en Yakarta y Surabaya comenzó en 1988. En el período 1993-1994 con la vigilancia centinela se notificaron los primeros resultados positivos en los análisis de muestras de sangre tomadas a trabajadores del sexo y a donantes de sangre. La prevalencia de la infección por el VIH era todavía tan baja en 1997 que las estadísticas del Ministerio de Salud se refieren específicamente a un pequeño número de casos observados en Irian Jaya en “pescadores tailandeses, que desde entonces han abandonado el país”, y este ajuste relativamente pequeño representó una importante proporción del total de casos de SIDA en el país en esa época.

Varios consultores e investigadores expatriados proyectaron el posible curso de la epidemia de infección por el VIH/SIDA a comienzos de los años noventa. No tomaron los datos de vigilancia existentes como punto de partida, sino que se basaron sobre todo en las experiencias en África al sur del Sahara y Tailandia a fines de los años ochenta y comienzos de los noventa, y mostraron una rápida aceleración de la epidemia. Al hacer un análisis retrospectivo, se observa que los modelos de proyección se adaptaron mal al fin para el cual se usaron en Indonesia. Se proyectó que los casos de infección por el VIH aumentarían aproximadamente a 500.000 en 2000 y a unos 700.000 en 2005, suponiendo que se lanzaran actividades eficaces de prevención a mediados de los años noventa. Si las actividades de prevención eran menos exitosas, el modelo pronosticaba que el número de casos aumentaría a cerca de 700.000 en 2000 y a 1,2 millones en 2005. Esto resultó ser completamente erróneo, puesto que la prevalencia de infección por el VIH escasamente aumentó durante la mayor parte de los años noventa. Desde 1999, la epidemia de infección por el VIH ha surgido en forma simultánea con una epidemia de uso de drogas intravenosas. El uso de drogas intravenosas era raro antes de 1997 y ha hecho un aporte de importancia a la epidemia de infección por el VIH/SIDA. Sin su aporte, los modelos de proyección más actualizados muestran que casi no hay ninguna epidemia en Indonesia.

Desde antes de la epidemia de SIDA y desde su advenimiento, el Banco Mundial ha tenido una

larga, activa y bastante exitosa participación en materia de salud en Indonesia. A partir de un proyecto de población iniciado en 1972, el Banco financió 13 proyectos de salud, nutrición y población antes de participar en la lucha contra el VIH/SIDA en el país en 1996. Sin embargo, queda mucho por hacer para mejorar los servicios de salud y los resultados pertinentes. En comparación con los países vecinos, Indonesia mostró altas tasas de mortalidad infantil y materna a lo largo del decenio de 1990 (incluido el período anterior a la crisis financiera) y los datos del PNUD muestran que los indicadores de salud de Indonesia mejoraron a menor velocidad de lo que habría sido compatible con el crecimiento económico per cápita de Indonesia.

En enero de 1996 se negoció un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento por un monto de US\$24,8 millones para el Proyecto de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS financiado por el Banco. El proyecto se diseñó para apoyar las intervenciones en materia de comportamiento y financiar apoyo para los laboratorios y exámenes. Parte de eso se realizó; por ejemplo, se hicieron más exámenes de detección del VIH en trabajadoras del sexo. Sin embargo, la ejecución del proyecto fue problemática desde el comienzo. El documento de evaluación *ex ante* del proyecto a veces incluyó un elevado presupuesto de gastos que era innecesario para la situación de Indonesia. Las clientes de los consultorios de atención prenatal recibían orientación sobre el VIH/SIDA aunque la prevalencia de infección por el VIH en las mujeres casadas era (y sigue siendo) casi nula. Los laboratorios estaban equipados para análisis a gran velocidad, bajo la hipótesis errónea de que los cuellos de botella en materia de suministros eran la causa de las demoras en los exámenes. Aproximadamente 20% del préstamo se programó para estuches de prueba que ya tenía el gobierno en el momento de la evaluación *ex ante*. Muchos de los problemas emanaron de una débil unidad de gestión del proyecto. Muchos también surgieron de un diseño inapropiado del proyecto, pero estos asuntos se habrían podido manejar con una unidad de gestión del proyecto más eficaz por medio de la reprogra-

mación del uso de los fondos del Banco. Las proyecciones deberían haberse sometido a un examen más detallado por especialistas en modelización de la infección por el VIH. El hecho de que los funestos resultados previstos no se hubieran materializado puede haber afectado al compromiso político a medida que evolucionó el proyecto. Las debilidades del diseño y, en particular, de la gestión del proyecto, hicieron que éste se designara como un proyecto problemático en la cartera del Banco en Indonesia sólo a dos años de su período trienal de ejecución previsto. En el momento de la crisis financiera de Asia oriental en 1997 y 1998, cuando se reestructuró la cartera de proyectos del Banco, 80% del préstamo se canceló. El proyecto de lucha contra el VIH/SIDA dejó de alcanzar sus objetivos de desarrollo y fue correctamente juzgado por los funcionarios regionales como insatisfactorio en el informe de terminación de las actividades de ejecución.

Las intervenciones en materia de comportamiento introducidas por el proyecto financiado por el Banco debían ser ejecutadas principalmente por las ONG. Esto exigió que se les concediera exención tributaria. El colapso de un acuerdo con el Ministerio de Hacienda para facilitar la participación de las ONG, a su vez, hizo que este fuera un proceso largo. Con el transcurso del tiempo, algunas ONG trabajaron en el proyecto, pero nosotros encontramos pocas pruebas de que las ONG que eran nuevas en el trabajo de lucha contra el VIH/SIDA antes de participar en el proyecto hayan seguido colaborando en este campo. Para varios observadores, un significativo aporte del proyecto fue, en definitiva, conseguir aceptación de la idea y la práctica de que el gobierno financiara el trabajo de las ONG para la prestación de servicios de salud. El proyecto puede haber ayudado a crear conciencia sobre el VIH/SIDA en una etapa temprana de la epidemia. Sin embargo, lo hizo de una manera alarmista y, al parecer, hubo un período de autosatisfacción, quizá de brusco retroceso, durante la ejecución del proyecto.

Con excepción del préstamo cancelado, ha habido poca actividad centrada específicamente en el VIH/SIDA por parte del Banco Mundial en

Indonesia. Desde 1999, la epidemia en los usuarios de drogas intravenosas (que se propaga a sus parejas sexuales) ha ayudado a alimentar un creciente sentido de urgencia en lo que respecta a la lucha contra el VIH/SIDA. Una mínima parte de este aumento, si lo hay, puede atribuirse a las actividades del Banco, puesto que hasta hace muy poco el Banco a duras penas había participado en un diálogo o en programas sobre el SIDA desde que terminó el préstamo para la lucha contra el VIH/SIDA.

En resumidas cuentas, el impacto del Banco para detener la epidemia de infección por el VIH/SIDA en Indonesia ha sido mínimo. La intervención más directa, que es el Proyecto de Prevención y Control de la Infección por el VIH/SIDA y las ETS, logró poco antes de que se cancelara la mayor parte del préstamo. Fuera de ese préstamo, ha habido algunos contactos extraoficiales de alto nivel entre el personal del Banco y los funcionarios del gobierno que pueden haber ayudado a crear conciencia. Sin embargo, dada la naturaleza de la epidemia en aquella época, la falta de información sobre su curso y la demostrada falta de respuesta por parte del gobierno, es difícil atribuir cualquier impacto al Banco en ese sentido. Los mecanismos de financiamiento para las ONG existen, y un resultado perdurable puede ser la relativa facilidad de incorporación de la sociedad civil en el futuro trabajo sobre salud y SIDA financiado por el Banco en Indonesia.

El caso de Indonesia subraya la tensión esencial entre la intervención temprana (y eficaz en función de los costos) y la intensidad del compromiso. Esta tensión creció por la falta de disposición del Gobierno de Indonesia a concentrar recursos en la periferia social, en la evaluación *ex ante*, durante las primeras etapas de ejecución de proyecto y, particularmente, a medida que se estiraron los recursos de salud al punto de ruptura por causa de la crisis financiera. El compromiso también puede haber disminuido por la naturaleza del proyecto en relación con las necesidades percibidas por los interesados. En un contexto donde se conoce poco sobre la gravedad de la epidemia y los patrones de comportamiento que propagan la infección por el VIH, como fue el caso en Indonesia desde comienzos hasta mediados de los años noventa, una inter-

vención más apropiada se habría destinado a ampliar la capacidad de seguimiento y vigilancia en materia de salud pública y los estudios sobre patrones de comportamiento. Puesto que ahora se comprende mejor la naturaleza de la epidemia y los patrones de comportamiento que la propagan, esta información podría haberse empleado para actividades de promoción basadas en pruebas científicas y para un diálogo sobre políticas con el fin de crear un medio que apoyara un trabajo eficaz con los grupos expuestos al riesgo de infección por el VIH.

## Federación de Rusia

*Judyth L. Twigg y Richard Skolnik*

El Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) del Banco Mundial ha evaluado el impacto que ha tenido hasta la fecha el trabajo del Banco Mundial en la lucha contra el VIH/SIDA. La Federación de Rusia se seleccionó para un estudio de casos porque tiene una de las epidemias de infección por el VIH/SIDA de crecimiento más acelerado en el mundo, y el Banco ha invertido mucho en asistencia no financiera y en desarrollo de proyectos en ese campo. En este estudio se examina si el Banco “hizo lo correcto” o no en su trabajo de lucha contra el VIH/SIDA en Rusia, si obró de la “forma correcta” o no, y si el trabajo del Banco representó alguna diferencia o no en la forma en que Rusia aborda la lucha contra el VIH/SIDA, en comparación con lo que habría sido la situación sin la participación del Banco.

Esta evaluación se basó en un examen de las publicaciones sobre el VIH/SIDA alrededor del mundo y en Rusia, un análisis de los archivos del Banco Mundial y más de 40 entrevistas con una gama de interesados de Rusia, el Banco, socios para el desarrollo, miembros del sector académico y ONG. En el informe se examina el contexto de la epidemia, la respuesta del gobierno a la infección por el VIH/SIDA y las actividades de lucha pertinentes por parte del Banco en apoyo de Rusia. Luego se aborda el impacto de la asistencia del Banco Mundial en la respuesta rusa hasta la fecha en relación con lo que habría podido suceder si el Banco no hubiera participado.



### ***Epidemia de infección por el VIH/SIDA***

El primer caso notificado de SIDA en Rusia ocurrió en 1987 y la primera muerte por SIDA, en 1988. En un principio, el VIH se propagó sobre todo entre los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, con excepción de un brote de infecciones pediátricas en los establecimientos de atención de salud en 1989. Sin embargo, los profundos cambios sociales sin precedente desde la ruptura de la Unión Soviética han hecho de Rusia un campo fértil para una epidemia de infección por el VIH/SIDA. Desde 1987 hasta 2002, las tasas de incidencia de sífilis, por ejemplo, aumentaron de cuatro a 144 por 100.000 habitantes y alcanzaron su punto máximo al llegar a 278 por 100.000. Los nuevos casos de infección por el VIH comenzaron a aumentar con rapidez en 1996, y la vasta mayoría ocurrió entre usuarios de drogas intravenosas. La tasa de aumento desde 1999 hasta 2002 se situó entre las mayores del mundo. Ya en octubre de 2003, se habían notificado oficialmente en Rusia 255.350 personas seropositivas desde el comienzo de la epidemia, de las cuales 817 tenían SIDA y 4.065 habían muerto de causas relacionadas con el SIDA. La verdadera cifra de infección por el VIH puede ser de tres a cinco veces mayor.

### ***Respuesta del gobierno***

Durante el período de la Unión Soviética, no hubo ningún programa nacional de índole general para coordinar las actividades relacionadas con la infección por el VIH/SIDA. En 1993, después del colapso de la Unión Soviética, el Gobierno de Rusia creó el "Programa Federal para Prevenir la Propagación del SIDA en la Federación de Rusia desde 1993 hasta 1995". En la práctica, este programa tuvo una abrumadora orientación hacia el tratamiento médico que recalcó la epidemiología y las ciencias biológicas por encima de los servicios de prevención, educación y otros servicios sociales y el apoyo jurídico para los pacientes afectados por la infección por el VIH/SIDA. En agosto de 1995, la legislatura promulgó una ley federal contra el SIDA, que proporciona las actuales directrices generales para la prevención del VIH/SIDA y la atención y el apoyo a los pacientes. Subordinó casi todas las actividades realizadas en el país para combatir la

infección por el VIH/SIDA a la autoridad y supervisión del gobierno federal. La Ley Federal de 1998 sobre estupefacientes y sustancias psicoactivas penalizó todo el consumo o la posesión de sustancias farmacéuticas no recetadas por los médicos y prohibió el uso de metadona para el tratamiento sustitutivo de la adicción a los opiáceos. Sus disposiciones podrían interpretarse fácilmente como medidas que asignan la definición de ilegales a los programas de intercambio de agujas o jeringas. El gobierno ha establecido un Centro Federal de Atención del SIDA, 86 Centros Regionales de Atención del SIDA y seis Centros Territoriales. Además, existe un Centro Clínico Federal de Atención del SIDA en San Petersburgo. El sistema de centros regionales de atención del SIDA incluye más de 1.000 laboratorios de pruebas de detección y 500 consultorios para pruebas anónimas.

Las más altas esferas del gobierno se han mantenido casi en silencio en lo que respecta a la infección por el VIH. La respuesta temprana del gobierno, que ha sido en gran parte muy similar a la dada a otras infecciones de transmisión sexual, estuvo dominada por pruebas de detección en masa y seguimiento de los contactos. El método de prevención está sumamente medicalizado y no se enfoca en las personas expuestas al mayor riesgo de contraer y propagar la infección por el VIH. El gobierno federal gasta menos de US\$4 millones anuales en su programa federal destinado a la lucha contra el VIH/SIDA para un país de 144 millones de habitantes. Sigue enfrentando gran dificultad en tratar con los grupos que participan en patrones de comportamiento de alto riesgo, y muchas prácticas seguidas por el gobierno en lo que se refiere a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual estigmatizan a las personas. Hay muy poco tratamiento de los pacientes de SIDA con antirretrovirales y el método seguido se basa en el uso de dos en lugar de tres medicamentos.

### ***Respuesta del Banco Mundial***

Desde comienzos de los años noventa, el Banco Mundial reconoció la necesidad de asegurar que el gobierno tuviera redes de seguridad apropiadas y un sistema de atención de salud eficaz y que protegiera a los pobres. A mediados de los años

noventa, una parte explícita de la estrategia de asistencia del Banco al país consistía en ayudar a Rusia a enfrentar sus problemas de salud más urgentes y a abordar el problema de la tuberculosis y la infección por el VIH. En respuesta a una solicitud del gobierno, en 1999 el Banco comenzó a instituir un proyecto de lucha contra la tuberculosis con los Ministerios de Salud y Justicia, al que se agregó el VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), Soros/Open Societies Institute (OSI), la USAID, Médicos sin Fronteras y varias ONG locales ya se dedicaban a ayudar a Rusia a poner a prueba mejores métodos de lucha contra la infección por el VIH. En un principio, el Banco trabajó estrechamente con esos grupos en el diseño de un proyecto que llevaría sus actividades a escala y elevaría el programa gubernamental de lucha contra el VIH/SIDA al nivel de práctica óptima internacional. El OSI fue particularmente útil para la labor del Banco al hacer que los círculos de alto nivel se interesaran en la lucha contra el VIH y la tuberculosis en Rusia, ayudar a incluir la reducción del daño en el programa de trabajo y animar a Rusia a considerar nuevos métodos para resolver el difícil asunto de la reducción del daño. El DFID también fue particularmente útil como fuente de inspiración y financiamiento de varias partes críticas de la preparación del proyecto, los estudios analíticos y el diálogo sobre políticas.

En un lapso de cuatro años, el Banco participó en un diálogo sobre políticas de alto nivel y copatrocinó actividades de capacitación y estudios analíticos en forma paralela con la preparación del Proyecto de Control de la Tuberculosis y del SIDA. En el período 2000-2001, el desarrollo del proyecto se estancó debido a preocupaciones del gobierno por el método de tratamiento breve bajo observación directa para el control de la tuberculosis defendido por el Banco y al efecto de los requisitos de licitación pública internacional impuestos a los fabricantes nacionales de medicamentos antituberculosos. Durante la pausa de nueve meses, el Banco buscó, en primer lugar, restablecer su relación con el go-

bierno al mitigar la idea de presión para solicitar préstamos y apoyar seminarios sobre salud pública y, en segundo lugar, mantener el enfoque e intensificar el compromiso de la lucha contra el VIH/SIDA al crear, junto con un científico ruso, un modelo del impacto económico del VIH y planear una reunión de alto nivel sobre vacunas realizada precisamente después de la aprobación del proyecto por parte del Banco. Además, el Banco trabajó con el gobierno para mantener el proyecto fuera de los medios de comunicación y adoptar un método de control de la tuberculosis que reconociera y ampliara los propios esfuerzos y las instituciones de Rusia.

El Proyecto de Control de la Tuberculosis y la Infección por el VIH/SIDA finalmente se negoció en diciembre de 2002, fue aprobado por el Directorio del Banco en abril de 2003 y entró en vigor en diciembre de 2003. Los objetivos del componente de lucha contra el VIH/SIDA de esa asistencia fueron ayudar al gobierno a: i) mejorar su estrategia nacional, sus políticas y protocolos sobre la infección por el VIH y las ETS; ii) promover la educación pública sobre la infección por el VIH y las ETS; iii) mejorar la vigilancia, el seguimiento y la evaluación; iv) fortalecer los laboratorios y la seguridad de la sangre; v) prevenir la transmisión de la madre al niño, y vi) participar en programas focalizados de prevención de la infección por el VIH y las ETS en las poblaciones civil y carcelaria.

### ***Eficacia en términos de desarrollo de la asistencia del Banco***

En lo que se refiere a la eficacia en términos de desarrollo, la asistencia prestada por el Banco a Rusia para la lucha contra el VIH/SIDA ha sido pertinente para la situación epidemiológica, las instituciones de Rusia y las estrategias del Banco en el país y en materia de salud, aunque una mejor comprensión del prestatario desde el comienzo por medio de análisis institucional habría mejorado la pertinencia del diálogo inicial sobre el desarrollo del proyecto. Además, el Banco evitó la tendencia a tratar de hacer demasiadas cosas en el Proyecto de Control de la Tuberculosis y la Infección por el VIH/SIDA y se concentró en los campos que evitarían el máximo número de casos de infección por el VIH si el proyecto se eje-

cutaba con eficacia. El Banco podría haber actuado en la lucha contra la infección por el VIH un poco antes, pero, para crédito suyo, lo hizo cuando quedó claro que Rusia enfrentaba una epidemia de crecimiento rápido.

La asistencia del Banco trató de influir en el programa ruso de lucha contra el VIH/SIDA de formas que lo hicieran más eficaz, más eficiente y más alineado con la experiencia mundial incipiente. Su diálogo sobre políticas, sus estudios analíticos y sus actividades de preparación de proyectos fueron más eficaces en tres campos: a) la mejora de la eficiencia y la calidad técnica de la respuesta; b) el trabajo con el gobierno para crear un vehículo —el proyecto— para expansión sistemática de la cobertura de las intervenciones a escala nacional, y c) la afirmación de un compromiso del gobierno en las esferas de alto nivel para abordar la infección por el VIH/SIDA.

### **Impacto de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA**

La cronología de acontecimientos relacionados con la lucha contra la infección por el VIH/SIDA en Rusia revela algunos vínculos temporales entre las actividades del Banco Mundial y las medidas tomadas por el gobierno. Sin embargo, la correlación no prueba “causalidad”, por lo cual es preciso ir con cuidado al tratar de sacar conclusiones sobre la función del Banco. El equipo de evaluación señala que el Banco ha tenido impacto en el compromiso contraído por el Gobierno de Rusia para luchar contra la infección por el VIH/SIDA dentro del marco de tres dimensiones críticas:

- La calidad y cantidad de información que tienen los funcionarios públicos.
- La capacidad y voluntad de algunos grupos representados para obrar de acuerdo con esa información.
- La forma de pensar sobre la infección por el VIH/SIDA.

A falta de un compromiso del Banco Mundial en materia de lucha contra el VIH/SIDA, el método adoptado por el gobierno habría estado menos enfocado en los principales factores determinantes de la epidemia y menos de acuerdo con la mejor

práctica internacional en campos clave. También habría prestado menos atención al fortalecimiento de la capacidad y de los laboratorios y la seguridad de la cadena de suministro de sangre. Además, el gobierno no planearía llevar sus esfuerzos de lucha contra la infección por el VIH/SIDA a escala de una manera oportuna. Más bien, muchos de esos esfuerzos se mantendrían en pequeña escala, en el nivel local, y no estarían acompasados con el imperativo de seguir adelante con todo dinamismo contra la epidemia. El Banco Mundial ha servido de facilitador para coordinar actividades en curso mejores y más amplias y catalizar el pensamiento hacia una nueva dirección que llevara al programa del gobierno más cerca de las normas internacionales de prevención y tratamiento.

### **Lecciones aprendidas**

El estudio de casos subraya varias lecciones para el Banco.

- Destaca la importancia de entender el contexto del país y de incorporar el desarrollo de proyectos con cuidado en ese contexto.
- Demuestra cómo crear un compromiso del gobierno por medio de la reducción de la presión para solicitar empréstitos y hacer participar a los clientes mediante estudios analíticos conjuntos de alto grado de pertinencia y contactos seleccionados de alto nivel con las autoridades normativas del Banco.
- El proyecto aprobado ilustra la importante ventaja que ofrece una pequeña operación en los grandes países posiblemente para mejorar la eficacia, la eficiencia y la cobertura de la respuesta.
- La participación del Banco en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA en Rusia destaca el valor del diálogo sobre políticas y sobre el proyecto, los estudios analíticos y la asistencia técnica con el objeto de ayudar a fortalecer la capacidad nacional para abordar cuestiones importantes de salud de una forma más eficaz y eficiente.
- Por último, hubo importantes lecciones para el Banco relacionadas con la necesidad de armonizar la aptitud de los jefes de proyectos con la variedad de las exigencias hechas al personal en ese cargo. La asignación de altos fun-

cionarios a Moscú, junto con el funcionario no especializado de gran idoneidad que ya trabaja en salud allá, podría haber reducido los problemas en la relación y acelerado el desarrollo del proyecto. La asignación de funcionarios técnicos de alto nivel a Moscú durante

la ejecución del proyecto también habría podido ser muy útil.

- La epidemia de SIDA es un problema a largo plazo en Rusia; la ayuda eficaz al gobierno para abordar este asunto exigirá flexibilidad por parte del Banco y un horizonte a largo plazo.

## APÉNDICE H: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DEL MAP

El DEO utilizó un cuestionario autoadministrado dirigido a los jefes de equipo de los proyectos para recopilar datos básicos sobre la preparación y ejecución de los 24 proyectos nacionales del MAP en África aprobados al 31 de diciembre de 2003. La encuesta se envió a los actuales jefes de equipo y a quienes lo eran durante la etapa de preparación. Un total de 32 jefes de equipo respondieron los cuestionarios correspondientes a los 24 países, ya que en varios casos el jefe actual era el mismo que había estado a cargo durante la preparación y, en otros, la misma persona era o había sido responsable del proyecto de más de un país. Los cuestionarios se distribuye-

ron a principios de junio de 2004. La tasa de respuesta fue del 100%, aunque hubo casos en los que el jefe de equipo pasó por alto o no respondió alguna pregunta, de modo que el tamaño de la muestra no siempre se mantuvo en 24. En el Cuadro H.1 se enumeran los países del MAP I y del MAP II que abarcó la encuesta.

### Formación de los jefes de equipo de los proyectos

La formación técnica de los jefes de equipo del MAP que participaron en la preparación de los proyectos fue bastante uniforme: alrededor de un cuarto de los proyectos estaban a cargo de médicos y en la mitad (que puede incluir a ese cuarto) los jefes de equipo poseían algún tipo de estudios en salud pública (véase el Cuadro H.2). Sin embargo, durante la ejecución, sólo el 38% de los proyectos contaba con jefes de equipo con formación en salud pública.

El mismo patrón se observa con respecto a la pertenencia sectorial: aproximadamente el 71% de los proyectos tenía, durante la preparación, jefes de equipo que pertenecían al sector de salud, nutrición y población (SNP), frente a una proporción más reducida (58%) entre los actuales jefes de equipo. Alrededor de uno de cada cinco proyectos estaba administrado, durante la preparación o la ejecución, por un jefe de equipo que pertenecía a la Red sobre Desarrollo Social y Ecológicamente Sostenible (ESSD) (incluye agricultura, desarrollo rural y operaciones). En total, el 42% de los proyectos del MAP en ejecución cuentan con jefes de equipo de algún sector distinto del de salud, nutrición y población.

Los jefes de equipo que prepararon los proyectos del MAP I tenían unos nueve años de experiencia en materia de VIH/SIDA y los que

**Cuadro H.1: Países incluidos en los cuestionarios autoadministrados dirigidos a los jefes de equipo de los proyectos**

MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)
Benin	Burundi
Burkina Faso	Cabo Verde
Camerún	Guinea
Eritrea	Malawi
Etiopía	Mauritania
Gambia	Mozambique
Ghana	Níger
Kenya	Rwanda
Madagascar	Senegal
Nigeria	Sierra Leona
República Centroafricana <sup>a</sup>	Tanzanía
Uganda	Zambia

a. En el momento en que se distribuyó el cuestionario, la República Centroafricana estaba excluida del régimen de contabilidad en valores devengados, y la entrada en vigor del proyecto se había demorado. Las respuestas sobre el diseño se refieren a actividades anteriores a la entrada en vigor, algunas de las cuales se llevaron a cabo después de la aprobación, con fondos de otras fuentes.

prepararon el MAP II, alrededor de ocho años<sup>1</sup>. En el momento de la entrevista, los jefes de equipo durante la preparación de uno de los proyectos del MAP I y de cuatro de los del MAP II tenían tres años de experiencia, o menos, en temas de VIH/SIDA. El 54% de los jefes de equipo durante la etapa de preparación había administrado otro proyecto enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA u otro con un componente importante vinculado al VIH/SIDA.

Los actuales jefes de equipo de los proyectos del MAP II poseían más experiencia en cuestiones relativas al VIH/SIDA (10 años) que aquellos a cargo de los proyectos del MAP I (seis años). Sin embargo, de los jefes de equipo actuales, tres del MAP I y cuatro del MAP II tenían tres años de experiencia, o menos, en materia de VIH/SIDA.

En sólo un tercio de los proyectos del MAP I y en alrededor de la mitad de los proyectos del MAP II, los jefes de equipo actuales habían administrado otro proyecto relativo al VIH/SIDA.

Como promedio, los jefes de equipo de los proyectos del MAP I y del MAP II contaban con una década de experiencia o más.

### Cartera de proyectos del Banco relativos al VIH/SIDA en los países africanos con proyectos del MAP

#### Financiamiento

Según los jefes de equipo, de estos 24 países con proyectos multisectoriales sobre VIH/SIDA, el 83% tenía también al menos un proyecto en algún sector, excluido el de salud (como edu-

**Cuadro H.2: Características de los jefes de equipo de los proyectos**

	Preparación			Ejecución		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (1) (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Formación: Porcentaje de proyectos cuyos jefes de equipo habían estudiado... <sup>a</sup>						
Medicina	25	25	25	25	33	29
Salud pública	58	50	54	33	42	38
Demografía	17	8	13	17	17	17
Economía	17	25	21	42	25	33
Pertenencia sectorial: Porcentaje de proyectos cuyos jefes de equipo pertenecían a... <sup>b</sup>						
SNP	75	67	71	58	58	58
Educación		8	4		8	4
Protección social				17	17	13
ESSD	25	17	21	25	17	21
Infraestructura		8	4		9	4
Experiencia, en número de años: media [rango]						
VIH/SIDA	9.3 [3,18]	7.9 [2,20]	8.6	6.3 [1,18]	10.1 [2,20]	8.2
Banco	11.8 [6,27]	15.9 [7,28]	13.9	10.3 [5,16]	15.4 [4,29]	12.8
Gestión de otros proyectos sobre VIH/SIDA (porcentaje)	58	50	54	33	50	42

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

Nota: La unidad de observación es el proyecto (no la persona); algunas personas han estado asignadas a más de un proyecto.

a. Otros campos de estudio: nutrición, desarrollo, planificación urbana, políticas públicas, sociología, negocios y derecho, relaciones internacionales.

b. SNP (Salud, nutrición y población); ESSD (Red sobre Desarrollo Social y Ecológicamente Sostenible).

cación, transporte o protección social), con un componente de VIH/SIDA (Cuadro H.3). Entre el MAP I y el MAP II aumentó la proporción de países con componentes de VIH/SIDA en otros sectores (del 75% al 93%), como así también el número medio de componentes (de 1,7 a 2,4).

### Diálogo sobre políticas

Prácticamente en todos los proyectos del MAP I y el MAP II hubo diálogo sobre políticas, tanto durante la preparación como desde la aprobación (Cuadro H.4).

Sin embargo, se hallaron algunas diferencias notables entre los países del MAP I y el MAP II y entre la preparación y la ejecución, en cuanto al contenido de dicho diálogo (Cuadro H.5).

- Se prestó enorme atención al desarrollo institucional, en especial a la respuesta multisec-

torial y a la función del Ministerio de Salud, durante la preparación (83% de los proyectos). El diálogo sobre estos temas continuó, aunque en menor medida, durante la ejecución (43%, pero especialmente en los proyectos del MAP I: 50%).

- Durante la preparación se prestó extraordinariamente poca atención a: a) las conversaciones sobre estrategias (sólo el 17% de los proyectos) o b) las cuestiones técnicas (prevención: 13%; tratamiento: 17%).
- El tema más frecuente en el diálogo sobre políticas durante la etapa de ejecución fue el tratamiento antirretroviral —cuestiones normativas, técnicas y de implementación (56% de los proyectos)— tanto entre los proyectos del MAP I como los del MAP II.
- El diálogo sobre temas técnicos vinculados a la prevención fue muy escaso, ya sea durante

**Cuadro H.3: Componentes de lucha contra el SIDA presentes en proyectos de otros sectores**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Porcentaje de países con al menos un proyecto de otro sector con un componente de SIDA	75	92	83
Porcentaje con un componente de VIH/SIDA en un proyecto de educación	58	66	66
Porcentaje con un componente de VIH/SIDA en un proyecto de transporte	50	50	50
Porcentaje con un componente o actividades relativas al VIH/SIDA en un proyecto de DIC o un fondo social o un proyecto de acción social	0	50	42
Número medio [mín., máx.; total] de proyectos con componentes de SIDA, por país	1.7 [0,4;20]	2.4 [0,5;26]	1.8 [0,5;46]

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

Nota: En este cuadro se incluyen cinco proyectos de países del MAP I y seis de países del MAP II que, según informaron los jefes de equipo, tenían componentes relativos al SIDA, aunque en el documento de evaluación *ex ante* el SIDA no se menciona. Si se excluyen esos proyectos, el 79% del total de países del MAP tenía al menos un proyecto de un sector distinto del de salud con un componente de SIDA, en cuyo caso el número medio es 1,3, 1,9 y 1,6 para MAP I, MAP II y ambos, respectivamente. Otros sectores con componentes de SIDA eran: desarrollo urbano (3), rehabilitación o desmovilización de emergencia (2), agricultura (2) e infraestructura rural (1).

**Cuadro H.4: Porcentaje de proyectos en los que se mantuvo un diálogo sobre el VIH/SIDA con el gobierno del país cliente**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Durante la preparación	92	92	92
Desde la aprobación	83	91 <sup>a</sup>	87 <sup>a</sup>

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

a. Se excluye a Sierra Leona.

**Cuadro H.5: Tendencias del diálogo sobre políticas durante la preparación y la ejecución (porcentaje de proyectos)**

Etapa del ciclo de los proyectos	N	Promoción y voluntad política	Estrategias	Seguimiento desarrollo institucional <sup>b</sup>	Seguimiento y evaluación	Interacción/ coordinación con los donantes	Prevención	Tratamiento
<b>Preparación</b>								
Total MAP I	12	25	17	75	0	17	8	8
Total MAP II	12	0	17	92	0	17	17	25
Total, ambos	24	13	17	83	0	17	13	17
<b>Ejecución</b>								
Total MAP I	12	0	17	50	17	0	42	58
Total MAP II	11 <sup>a</sup>	0	9	17	9	17	9	55
Total, ambos	23 <sup>a</sup>	0	13	43	13	9	26	56

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

a. Se excluye a Sierra Leona.

b. El desarrollo institucional comprende organismos multisectoriales de lucha contra el SIDA, marco y vínculos institucionales, función del sector de salud en la respuesta multisectorial, papel y movilización de la sociedad civil, cuestiones fiduciarias, respuesta local, y seguimiento y evaluación.

la preparación como durante la ejecución de los proyectos; solamente se verificó en cuatro países. Durante esta última etapa, hubo muchas menos conversaciones sobre prevención en el MAP II (9%, donde el tratamiento antirretroviral estaba permitido) que en el MAP I (42%, donde este tratamiento sólo se podía financiar retroactivamente).

Como se observa, las cuestiones institucionales predominaron en el diálogo sobre políticas durante la preparación de los proyectos; el diálogo acerca de las instituciones continuó durante la ejecución, aunque el tema primordial fue la consideración técnica del tratamiento anti-retroviral, tanto en los proyectos del MAP I como en los del MAP II. Hubo escaso diálogo

sobre estrategia o sobre los aspectos técnicos de la prevención.

### Estudios analíticos

La proporción de proyectos en los que se llevaron a cabo estudios analíticos antes de la aprobación se duplicó con creces entre el MAP I y el MAP II, ya que pasó del 17% al 42% (Cuadro H.6). Tampoco después de la entrada en vigor los países del MAP I se equipararon con los del MAP II, pues se realizaron estudios analíticos en un porcentaje relativamente bajo de los proyectos.

Los principales temas de los estudios fueron los siguientes:

- Análisis de la situación relativa al VIH/SIDA, políticas adoptadas, comportamiento de riesgo

**Cuadro H.6: Porcentaje de proyectos en los que se llevaron a cabo estudios analíticos**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Antes de la aprobación	17	42	29
Desde la aprobación	25	17	21

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

Nota: No se incluyen entre los "estudios analíticos" las encuestas básicas (que no son análisis, sino encuestas, y se computan en otros sectores del cuestionario autoadministrado); las evaluaciones de las necesidades, los beneficiarios, las instituciones y la capacidad de las ONG (se computan en otros sectores del cuestionario autoadministrado), ni la preparación de las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA.



**Cuadro H.7: Porcentaje de proyectos en los que se llevaron a cabo evaluaciones preparatorias**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Análisis institucional	67	92	79
Análisis de los interesados	75	75	75
Evaluación de la capacidad de las ONG	58	75	67
Evaluación de las necesidades	92	67	79

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

- (cuatro países).
- Análisis de la situación de los huérfanos (tres países).
- Impacto macro y microeconómico del SIDA (dos países).
- Análisis de la creación de modelos y/o del suministro del tratamiento antirretroviral (dos países).
- Análisis del gasto público derivado de los programas de lucha contra el VIH/SIDA y de los medicamentos para tratamiento antirretroviral (dos países).
- Trazado de mapas de zonas de elevada transmisión (un país).
- Estudio sobre migrantes (un país).

- Material para la evaluación de las necesidades de los niños (un país).

### Preparación de proyectos

El porcentaje de proyectos que se han beneficiado de análisis institucionales y evaluaciones de la capacidad de las ONG ha ido aumentando con el correr del tiempo; en cambio, el porcentaje de proyectos en los que se llevaron a cabo evaluaciones de las necesidades ha disminuido (Cuadro H.7)<sup>2</sup>. En cualquier caso, los análisis de este tipo sólo se efectúan sistemáticamente en dos tercios a tres cuartos de los proyectos.

Alrededor del 80% de los jefes de equipo de

**Cuadro H.8: Porcentaje de proyectos en los cuales los recursos fueron suficientes para alcanzar los objetivos**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Tiempo de preparación suficiente para lograr la identificación nacional con el proyecto	83	82 <sup>a</sup>	83
Tiempo de preparación suficiente para garantizar la buena calidad del diseño del proyecto	58	75	67
Suficientes fondos presupuestarios del Banco para la preparación, que permitieron garantizar la buena calidad del diseño del proyecto	67	75 <sup>a</sup>	71

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

a. Se excluye a Mauritania.

**Cuadro H.9: Porcentaje de proyectos con suficientes fondos presupuestarios del Banco para las actividades de supervisión**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Suficientes fondos presupuestarios del Banco para garantizar una calidad mínima de las actividades de supervisión	92	58	75

Fuente: Cuestionario autoadministrado, respondido por los actuales jefes de equipo de los proyectos.

los países del MAP I y del MAP II informaron que el tiempo asignado para la preparación (que fue, como promedio, de 7,8 meses en el MAP I y de 16,6 meses en el MAP II)<sup>3</sup> resultó suficiente para lograr la identificación del país con el proyecto. Sin embargo, un porcentaje considerablemente menor de jefes de equipo durante la preparación declaró que habían contado con tiempo (58%) o presupuesto del Banco (67%) suficientes para diseñar un proyecto de buena calidad. Estas cifras relativas al tiempo para la preparación y a los fondos aumentaron a tres cuartos en los proyectos del MAP II, aunque uno

de cada cuatro jefes de equipo de estos últimos informó que los recursos para la preparación habían resultado insuficientes.

### Ejecución

En total, tres cuartos de los jefes de equipo de los proyectos declararon que los fondos presupuestarios del Banco suministrados para supervisión habían sido suficientes para garantizar un nivel mínimo de calidad de ejecución (Cuadro H.9). Ese porcentaje era mucho más bajo en los países del MAP II (sólo 58%) que en los del MAP I (92%).

**Cuadro H.10: Grado de contratación externa de funciones clave de gestión en los proyectos del MAP (porcentajes)**

Función		Subcontratación total	Subcontratación parcial	Subcontratación nula
Gestión financiera	MAP I	17	33	50
	MAP II	42	17	42
	Ambos	29	25	46
Adquisiciones	MAP I	0	25	75
	MAP II	33	33	33
	Ambos	17	29	54
Gestión de ONG	MAP I	25	0	75
	MAP II	8	25	67
	Ambos	17	13	71
Seguimiento y evaluación	MAP I	8	17	75
	MAP II	0	42	58
	Ambos	4	29	67

Fuente: Cuestionario autoadministrado, respondido por los actuales jefes de equipo de los proyectos.

Nota: El tamaño de las muestras es el siguiente: MAP I (12), MAP II (12) y ambos (24).

**Cuadro H.11: Razones por las que no se contrataron en forma externa las funciones clave de gestión (porcentajes)**

Función de gestión	Existencia de capacidad o mecanismos adecuados	Falta de contratistas apropiados	Renuencia del gobierno	Empleo de otras modalidades	No sabe o no contesta
Gestión financiera (n = 11)	64	0	18	9	9
Adquisiciones (n = 13)	54	8	8	15	15
ONG (n = 17)	53	6	24	12	6
Seguimiento y evaluación (n = 16)	19	25	38	13	6

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

Un aspecto del diseño del MAP destinado a acelerar la ejecución de los proyectos donde la capacidad del gobierno era limitada fue la disposición que establecía la contratación externa de funciones clave para la administración, como la gestión financiera, las adquisiciones, la gestión de ONG y las actividades de seguimiento y evaluación (S&E). Se preguntó a los actuales jefes de equipo de los 24 proyectos del MAP en qué medida se había contratado a terceros para desempeñar esas funciones, es decir, si la subcontratación había sido total, parcial o nula.

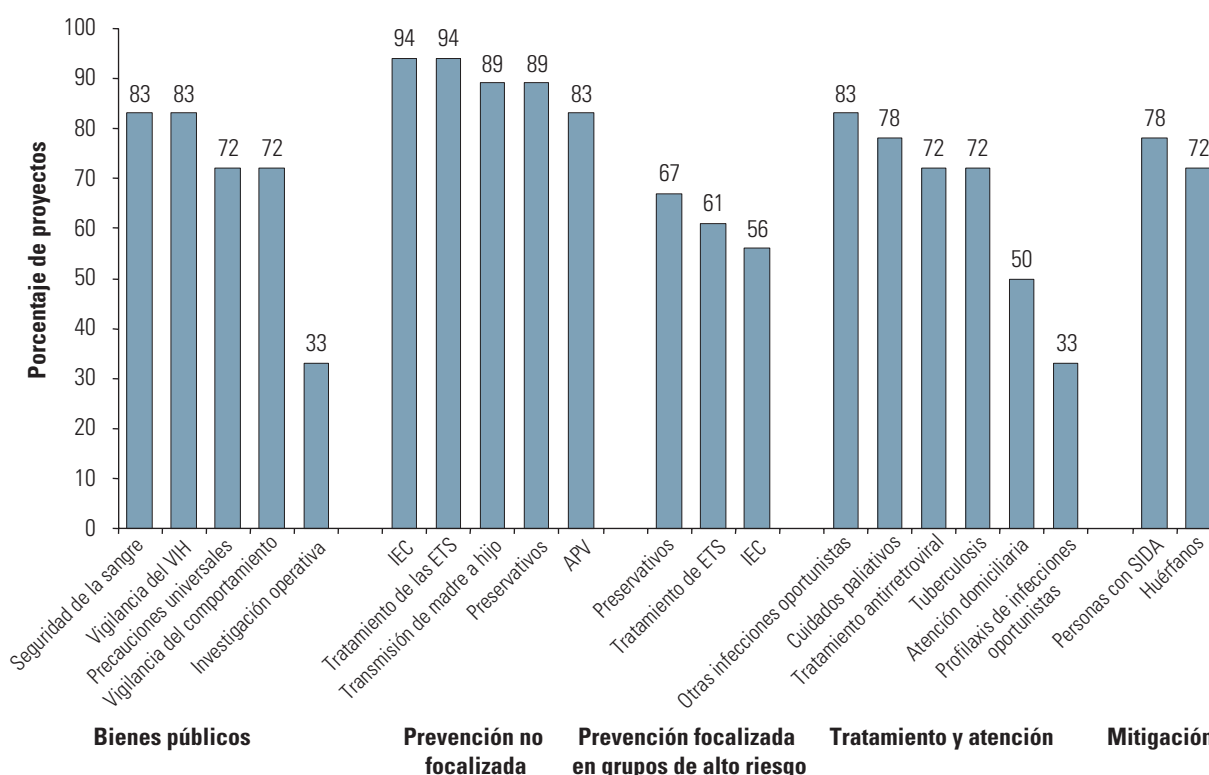
Los jefes de equipo informaron que en aproximadamente la mitad de los proyectos no se había subcontratado la gestión financiera ni las adquisiciones y que en alrededor del 70% tampoco se habían contratado en forma externa la gestión de las ONG, ni las actividades de S&E (Cuadro H.10). En los proyectos del MAP II se

observó una mayor tendencia a subcontratar, al menos parcialmente, la gestión financiera, las adquisiciones, y el seguimiento y la evaluación, que en los proyectos del MAP I. No obstante, la proporción de actividades totalmente subcontratadas en los dos MAP oscilaba entre el 4% y el 29%. En ninguno de los proyectos se contrataron externamente las cuatro tareas, mientras que en siete de ellos no se subcontrató ninguna.

En los proyectos en los que se habían contratado externamente esas actividades, ya fuera en forma total o parcial, entre el 86% y el 92% de los jefes de equipo informaron que esa modalidad había acelerado la ejecución del proyecto.

La razón más común para no subcontratar la gestión financiera, las adquisiciones y la gestión de ONG y la sociedad civil, invocada por la mitad o más de la mitad de los jefes de equipo, fue que

**Gráfico H.1: Actividades e intervenciones del sector público respaldadas por los proyectos del MAP en África**



Fuente: Actuales jefes de equipo de los proyectos, 18 proyectos de MAP en África.

Nota: Se excluye a Ghana, Kenya, Malawi, Mauritania, la República Centroafricana y Senegal.

existía suficiente capacidad en el gobierno para cumplir esas funciones y que se contaba, incluso, con los mecanismos apropiados para ello (Cuadro H.11). En cambio, el motivo mencionado con más frecuencia para no subcontratar las funciones de S&E fue la renuencia del gobierno (38%), en algunos casos porque las autoridades querían desarrollar la capacidad pertinente, y la falta de un contratista apropiado (25%).

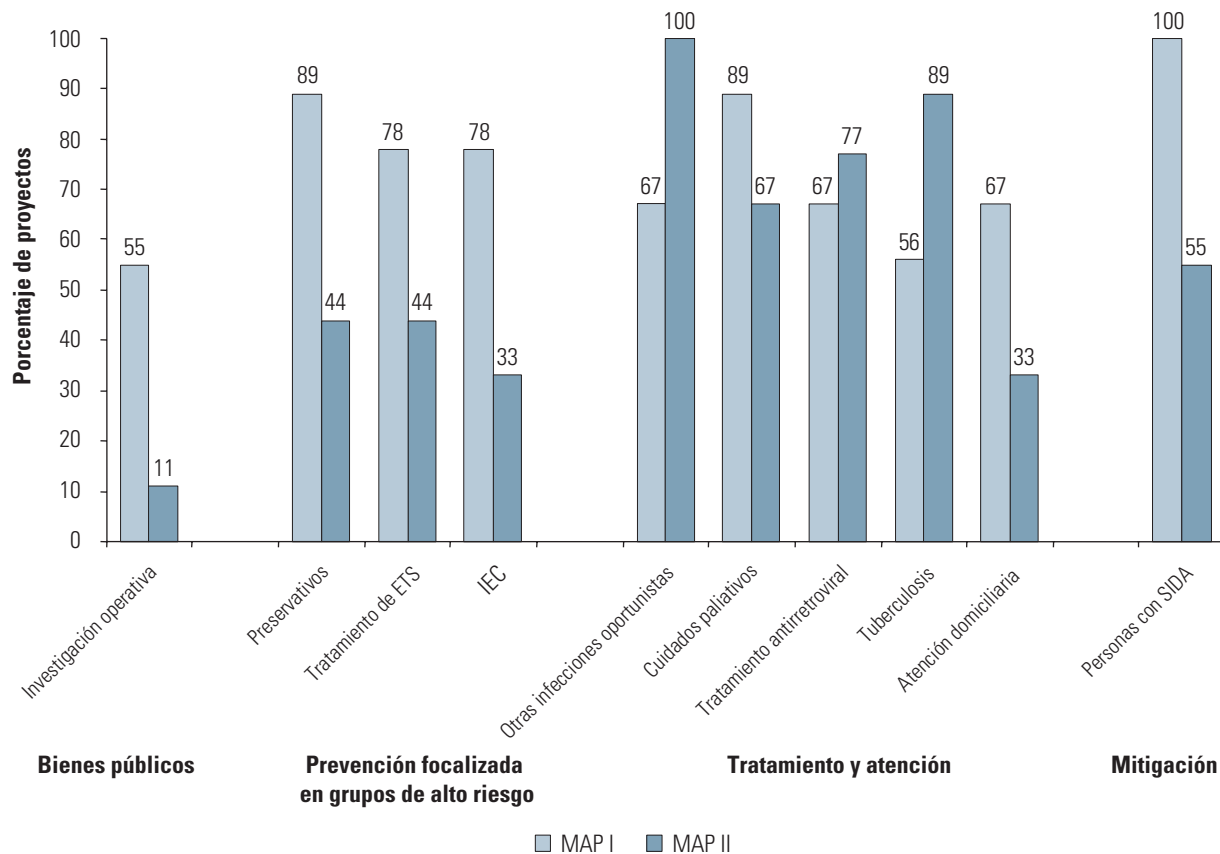
### Intervenciones respaldadas por el MAP

Los proyectos del MAP en África están apoyando un gran número de actividades e intervenciones del sector público, según señalaron los jefes de equipo de 18 de los 24 proyectos en estudio (véase el Gráfico H.1)<sup>4</sup>. Entre esas actividades, probablemente un subconjunto de todas las respaldadas en múltiples sectores, hay muchas relativas a bienes públicos, intervenciones de

prevención dirigidas al público en general o a quienes tienen más posibilidades de propagar el VIH, la atención y el tratamiento, y la ayuda para aliviar el impacto del VIH/SIDA.

- Las intervenciones que suelen recibir más apoyo son las vinculadas a la **información y prevención para el público en general**, como el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la prevención de la transmisión de madre a hijo, la distribución de preservativos (incluso mediante venta subvencionada) y el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV), todas ellas respaldadas por más del 80% de los proyectos.
- Algo menos común es el financiamiento de **bienes públicos**, por ejemplo la seguridad de la sangre, la vigilancia del VIH, las precauciones universales para el personal de salud y la

Gráfico H.2: Diferencias en el respaldo prestado a actividades clave del sector público, MAP I y II



**Cuadro H.12: Ministerios que participaron oficialmente en la respuesta multisectorial respaldada por el MAP**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II <sup>a</sup> (n = 24)
Ministerios que participaron oficialmente en la respuesta multisectorial respaldada por el MAP: número medio [mín., máx.]	17 [6,30]	16 [4,30]	16 [4,30]
Distribución de los proyectos según el número de ministerios respaldados:			
Menos de 10	3	5	8
10-19	4	2	6
20 ó más	5	5	10

vigilancia del comportamiento. En sólo un tercio de los proyectos se otorgó apoyo para la investigación operativa.

- Tan elevado como el financiamiento de los bienes públicos fue el destinado a varios tipos de **intervenciones de atención y tratamiento**, como el tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, los cuidados paliativos y el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, sólo en la mitad de los proyectos se prestó apoyo para la atención domiciliar de pacientes de SIDA, y en apenas un tercio se contribuyó a la profilaxis de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas entre personas seropositivas.
- En alrededor de tres cuartos de los proyectos se financiaron programas de apoyo del sector público encaminados a **mitigar el impacto del SIDA** en las personas con VIH/SIDA y los huérfanos.

**Cuadro H.13: Número de ONG y OBC, por proyecto financiadas por el MAP hasta la fecha**

	MAP I		MAP II		MAP I y II	
	Media [mín., máx.]	n	Media [mín., máx.]	n <sup>d</sup>	Media [mín., máx.]	n <sup>d</sup>
Excluido el doble cómputo <sup>a</sup>						
ONG	247 [5,700]	11 <sup>b</sup>	46 [0,120]	11	143 [0,700]	22 <sup>b</sup>
OBC	1674 [40,6700]	10 <sup>b,c</sup>	157 [0,550]	11	872 [0,6700]	21 <sup>b,c</sup>
Incluido el doble cómputo						
ONG	351 [5,1500]	12	46 [0,120]	11	212 [0,1500]	23
OBC	1659 [40,6700]	11 <sup>c</sup>	157 [0,550]	11	944 [0,6700]	22 <sup>c</sup>

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

a. En un país, el jefe de equipo del proyecto no pudo separar las ONG de las OBC y mencionó un total de 1.500 entre las organizaciones de ambos tipos. En el panel superior se excluye esta observación y, en el inferior, los 1.500 se atribuyen tanto a las ONG como a las OBC.

b. Se excluye a Kenya.

c. Se excluye a Nigeria.

d. Se excluye a Mauritania.

**Cuadro H.14: Porcentaje de países en los que se llevaron a cabo encuestas básicas durante la preparación o la ejecución de los proyectos**

Encuestas básicas	Preparación			Ejecución		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Encuestas básicas de cualquier tipo	75	75	75			
→ financiadas por terceros	33	67	50			
→ financiadas por el proyecto/el Banco	42	33	38	75	50	63

**Cuadro H.15: Porcentaje de gobiernos que habían llevado a cabo encuestas nacionales sobre comportamiento sexual/de riesgo**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II <sup>a</sup> (n = 24)
Encuesta nacional sobre comportamiento sexual/de riesgo (incluso no financiada por el MAP)	75	67	71

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

- Las **intervenciones preventivas focalizadas** en grupos de alto riesgo —aquellos con más probabilidades de contraer el VIH y propagarlo, como los trabajadores sexuales, los trabajadores del transporte, el personal militar y los miembros de la policía— son, en conjunto, las que menos probabilidades tienen de recibir apoyo; aproximadamente entre la mitad y los dos tercios de los proyectos abarcaron intervenciones de esta índole.

Se observaron importantes diferencias en cuanto a algunos de los tipos de actividades respaldadas por los proyectos del MAP I y del MAP II (Gráfico H.2). Los países del MAP I tenían el doble de probabilidades de apoyar la investigación operativa por parte del sector público, la prevención focalizada en grupos de alto riesgo y la mitigación del impacto del SIDA en las personas con VIH/SIDA. Era mucho más probable que los países del MAP II financiaran el tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas y algo menos probable que financiaran cuidados paliativos y atención domiciliar de pacientes de SIDA.

### Enfoque multisectorial

Los jefes de equipo informaron que un número

muy elevado de ministerios o sectores participó en la respuesta multisectorial nacional que recibió apoyo de los MAP: un promedio de 16 ministerios en cada país, tanto en los países del MAP I como en los del MAP II (Cuadro H.12). En 10 de los 24 proyectos, el proyecto respaldaba la respuesta de 20 ministerios o más, y en dos tercios, de 10 ministerios o más.

### Organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria

En total, mediante los componentes de la sociedad civil se otorgó financiamiento, por proyecto, a un promedio de 143 organizaciones no gubernamentales (ONG) diferentes y 921 organizaciones de base comunitaria (OBC); hasta la fecha, los proyectos del MAP I financiaron muchas más organizaciones de los dos tipos que los proyectos del MAP II, puestos en marcha más recientemente (Cuadro H.13)<sup>5</sup>. El número de OBC es alrededor de seis veces más alto que el de ONG, como promedio, y varía de 0 a 6.700.

### Seguimiento y evaluación

#### Encuestas básicas

Los entrevistados para tres cuartos de los proyectos informaron que durante la etapa de pre-

**Cuadro H.16: Evaluaciones de proyectos piloto en países clientes con posibilidades de repetirse en otros lugares**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II <sup>a</sup> (n = 24)
Durante la preparación del proyecto	58	58	58
Desde la aprobación del proyecto, ¿se ha efectuado alguna evaluación oficial de un proyecto piloto, incluso ajena al proyecto?	25	8	17

**Cuadro H.17: Porcentaje de gobiernos (incluso sin financiación del MAP) que efectúan seguimiento del VIH y del comportamiento entre grupos de alto riesgo, y número medio [mín., máx.] de grupo de alto riesgo vigilados**

	VIH			Comportamiento		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Al menos un grupo de alto riesgo	58	58	58	83	67	75
Trabajadores del sexo	58	58	58	83	67	75
Personal militar	25	33	29	25	42	33
Trabajadores del transporte	17	33	25	42	25	33
Pescadores	0	17	8	0	17	8
Miembros de la policía	0	17	8	0	17	8
Reclusos	8	0	4	0	8	4
Mineros	0	17	8	8	17	13
Pacientes con infecciones de transmisión sexual	8	0	4	0	0	0
Pacientes con tuberculosis	0	8	4	0	0	0
Obreros industriales	0	0	0	8	0	4
Personas desplazadas (número)	0	0	0	0	8	4
Media [mín., máx.]	1.2	1.7	1.4	1.7	1.8	1.8
Número de grupos de alto riesgo	[0,3]	[0,4]	[0,4]	[0,4]	[0,4]	[0,4]

paración se llevó a cabo al menos una encuesta básica, ya sea con financiamiento del Banco o de otras entidades (Cuadro H.14).

Los gobiernos de tres cuartos de los países del MAP I y de casi dos tercios de los países del MAP II habían realizado encuestas nacionales sobre comportamientos sexuales y de riesgo, incluso sin financiamiento del MAP (Cuadro H.15). Puesto que no se reunió información adicional, se ignora hasta qué punto los entrevistados computaron las encuestas de demografía y salud, en lugar de aquellas en las que se investigaba explícitamente el comportamiento de riesgo, el

conocimiento sobre transmisión y prevención, y la adopción de comportamientos de prevención. Si bien eran más los países del MAP I que habían organizado alguna encuesta de esta índole, uno de cada cuatro todavía no lo había hecho. En el momento en que se realizó esta encuesta, la mayoría de los proyectos del MAP I había alcanzado o superado el punto medio.

#### *Evaluación de proyectos piloto que se podrían ampliar*

Tanto en el MAP I como en el MAP II, en el 58% de los países los jefes de equipo durante la pre-

paración del proyecto mencionaron, como mínimo, una intervención piloto que se había evaluado en el país cliente y había resultado adecuada para ser repetida en mayor escala (Cuadro H.16). En más de la mitad de estos casos (ocho de los 14 proyectos) se hacía mención de un solo proyecto piloto. En cinco de los 14 proyectos, al menos uno de los proyectos piloto señalados involucraba una intervención tendiente al desarrollo impulsado por la comunidad, que no siempre se refería específicamente al

VIH/SIDA<sup>6</sup>. En realidad, en esos países se habían evaluado con anterioridad muy pocas intervenciones: en el 42% de los proyectos, ninguna, y en el otro 58%, sólo de una a tres en cada uno. El DEO no pudo determinar la calidad de las evaluaciones mencionadas.

### Seguimiento

En el 42% de los proyectos del MAP se habían revisado los indicadores de seguimiento de los documentos de evaluación *ex ante* de los pro-

**Cuadro H.18a: Importancia relativa del Banco como donante para la lucha contra el SIDA y grado en que consultó a otros donantes durante la preparación de los proyectos**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II <sup>a</sup> (n = 24)
Porcentaje de países clientes en los que el Banco...			
...era el principal donante	75	17	48
...estaba entre los principales donantes	8	25	17
...era un donante de importancia relativamente menor	8	42	22
...no financiaba actividades de lucha contra el VIH/SIDA	8	8	9
...estaba entre los donantes de menos importancia	0	8	4
Porcentaje de proyectos en los que el nivel de consulta era...			
...muy alto	50	58	54
...alto	17	42	29
...moderado	33	0	17

**Cuadro H.18b: Importancia relativa del Banco como donante para la lucha contra el SIDA y grado en que coordinó sus actividades con otros donantes durante la ejecución de los proyectos**

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II <sup>a</sup> (n = 24)
Porcentaje de países clientes en los que actualmente el Banco...			
...es el principal donante	50	50	50
...está entre los principales donantes	42	50	46
...es un donante de importancia relativamente menor	8	0	4
Porcentaje de proyectos en los que el grado de coordinación ha sido...			
...muy alto	33	50	42
...alto	33	25	29
...moderado	25	25	25
...bajo	8	0	4

Fuente: Cuestionario autoadministrado.



**Cuadro H.19: Número de países clientes en los que otros donantes para la lucha contra el SIDA intervinieron durante la preparación de los proyectos e intervienen actualmente**

	Intervinieron durante la preparación			Intervienen actualmente		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I y II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II <sup>a</sup> (n = 12)	MAP I y II (n = 24)
Alemania	3		3	2	1	3
Banco Africano de Desarrollo				1		1
Bélgica				1		1
Canadá	2		2			
Dinamarca	1		1	1		1
Estados Unidos	7	8	15	7	5	12
Fondo Mundial				7	9	16
Francia	4	4	8	4		4
Irlanda				1		1
Italia				1		1
Noruega	0	1	1			
Organismos de las Naciones Unidas	7	6	13	5	2	7
Países Bajos	2		2	2		2
Reino Unido	4	1	5	3	1	4
Unión Europea	1	1	2	2	1	3

a. Se excluye a Sierra Leona.

yectos, aunque en un mayor porcentaje de países del MAP I (la mitad de los proyectos) que del MAP II (un tercio de los proyectos). El examen de mitad del período es una buena ocasión para efectuar tal revisión, si bien ninguno de los países del MAP II había llegado a esta instancia a la fecha de la encuesta.

Habida cuenta de la forma en que el VIH se propaga de las personas con comportamiento de más alto riesgo (que suelen ser las primeras en infectarse) a sus parejas sexuales y sus hijos, muchos programas nacionales contra el SIDA procuran modificar el comportamiento y reducir las tasas de infección entre los “grupos de alto riesgo”, definidos en el cuestionario como “la población con más posibilidades de propagar el VIH”, por ejemplo los trabajadores del sexo, los trabajadores del transporte, el personal militar, los miembros de la policía, los reclusos y los mineros. La prevención y la disminución de las tasas de infección en estos grupos no sólo indican el éxito de las actividades del proyecto diri-

gidas a ellos, sino que también tienen posibilidades de contribuir en mayor medida a reducir la velocidad a la que se propaga la infección entre la población de menor riesgo.

De acuerdo con los actuales jefes de equipo, alrededor del 58% de los gobiernos está recopilando datos sobre prevalencia del VIH y el 75% está reuniendo información acerca del comportamiento de un grupo de alto riesgo, como mínimo (Cuadro H.17). En ambos casos, el grupo con más posibilidades de ser objeto de seguimiento es el de los trabajadores del sexo, seguido del personal militar y los trabajadores del transporte. El porcentaje de países que vigilaban al menos un grupo de alto riesgo y el número de grupos vigilados era ligeramente más alto en los países del MAP II, donde esos grupos presentaban también mayor diversidad. Sin embargo, 10 países no efectuaban seguimiento del VIH y seis no vigilaban el comportamiento de ningún grupo de riesgo.

### Coordinación con otros donantes

Existen considerables diferencias entre los proyectos del MAP I y los del MAP II cuando se toma en cuenta si el Banco era, durante la etapa de preparación, el principal donante para actividades de lucha contra el VIH/SIDA. Según los jefes de equipo de los proyectos, en tres cuartos de los países del MAP I el Banco era el donante más importante con ese propósito, mientras que sólo lo era en el 17% de los países del MAP II, donde solía ser un donante de importancia relativamente menor (Cuadro H.18a). Muchos de los países africanos que habían tenido proyectos o componentes vinculados con el SIDA se encontraban en el grupo del MAP I: Kenya y Uganda (con proyectos anteriores orientados a combatir las infecciones de transmisión sexual, y Uganda, con el PAPSCA); Burkina Faso (con un proyecto sobre el SIDA y el control demográfico), y Benin, Camerún, Eritrea, Etiopía, Gambia, Madagascar y Nigeria (con componentes relativos al SIDA en proyectos de salud).

En cambio, ninguno de los países del MAP II había contado anteriormente con proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA patrocinados por el Banco y sólo unos pocos tenían proyectos de salud con componentes de lucha contra el SIDA (Níger, Tanzania, Zambia). Ello implica que, en los países del MAP II, el Banco partía de un nivel de diálogo sobre el SIDA mucho más incipiente.

Con el tiempo, al parecer otros donantes intensificaron su asistencia a los países del MAP I en los que predominaba la ayuda del Banco, mientras que, en los países del MAP II, el Banco aumentó su presencia en relación con la de otros donantes. Como resultado, en el momento de

la encuesta, los jefes de equipo de los proyectos informaron que el Banco era el principal donante para la lucha contra el VIH/SIDA en la mitad de los países del MAP I y del MAP II, y en la mayoría de los restantes se encontraba entre los de más importancia (Cuadro H.18b).

Con respecto a la coordinación con otros donantes durante la preparación, se informó que el grado de coordinación era muy alto en la mitad de los países y sólo moderado en un tercio de los países del MAP I, pero, para el MAP II, el nivel de coordinación era alto o muy alto en todos los países. Ello puede obedecer también al hecho de que el Banco partía de una posición menos dominante en relación con la asistencia proporcionada para combatir el VIH/SIDA en los países del MAP II. En cuanto a la etapa de ejecución, los jefes de equipo de los proyectos declararon que la coordinación con otros donantes era ligeramente inferior, como promedio, en el MAP I que en el MAP II. Sin embargo, informaron que en dos tercios de los países del MAP I y en tres cuartos de los países del MAP II, el nivel de coordinación era alto o muy alto. El DEO no entrevistó a representantes de otros donantes en esos países para evaluar sus opiniones acerca de la colaboración.

A propósito de la variación de la participación de otros asociados con el correr del tiempo, el cambio más notable fue el ingreso del Fondo Mundial, que no se mencionó como donante durante la preparación de ninguno de los 24 proyectos, pero estaba presente, según se informó, en dos tercios de los países en el momento en que se realizó la encuesta, a mediados de junio de 2004 (Cuadro H.19).

## APÉNDICE I: ENCUESTA A LOS JEFES DE EQUIPO DE LOS PROYECTOS: RESUMEN DE LOS RESULTADOS

### Reseña de la metodología y de la muestra

Durante el período comprendido entre el 1 de junio y el 12 de agosto de 2004, se llevaron a cabo entrevistas en las que se formularon preguntas abiertas a quienes por ese entonces eran jefes de equipo de los proyectos de 19 proyectos en marcha del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África —11 proyectos del MAP I y ocho del MAP II—, con el propósito de conocer su opinión respecto de las principales cuestiones de fondo señaladas en la evaluación del Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) sobre la asistencia para el control del VIH/SIDA, en vista de los resultados hasta la fecha, así como sus ideas acerca del diseño y el futuro del MAP en cuanto instrumento. Esta información se basa en los resultados de los cuestionarios autoadministrados que se incluyen en el Apéndice H.

Esta encuesta abarcó 19 proyectos y 18 jefes de equipo de los proyectos<sup>1</sup>. Se incluyó a todas las personas que se desempeñaban en ese momento como jefes de equipo de los proyectos del MAP I, con la excepción de Etiopía, que no se

tuvo en cuenta debido a que el DEO había llevado a cabo un estudio de caso práctico en ese país. Se incluyeron los ocho proyectos del MAP II que, a mediados de agosto de 2004, estaban en vigor desde hacía, por lo menos, un año<sup>2</sup>. La lista de países se consigna a continuación. Solamente en cuatro casos (Benin, Cabo Verde, Kenya, República Centroafricana), el jefe de equipo de los proyectos era la misma persona que desempeñaba el cargo en oportunidad de la aprobación del proyecto. A fines del ejercicio de 2004, el proyecto de la República Centroafricana aún no estaba en vigor debido a que el país estaba excluido del régimen de contabilidad en valores devengados.

### Cuestiones relativas al diseño

#### *¿Cuáles eran los principales obstáculos que, antes del MAP, impedían dar una respuesta nacional más eficaz?*

En las respuestas de los 16 países (nueve del MAP I y siete del MAP II), el obstáculo citado con más frecuencia fue la **escasa capacidad del Ministerio de Salud**, con inclusión de un sistema de salud deficiente o sin personal suficiente (nueve países, o la mitad del total), y en segundo lugar, la **falta de compromiso político/negación/estigma** en seis países (Cuadro I.1). Los jefes de equipo de los proyectos para seis países mencionaron la falta de actividades en otros sectores o en instituciones multisectoriales. Asombrosamente, los encuestados señalaron que la **falta de financiamiento** constituía un obstáculo sólo en el caso de cuatro países (un cuarto del total); en un país, el jefe de equipo de los proyectos mencionó que el financiamiento no era un impedimento y, en otro, que el amplio financiamiento ofrecido por muchos donantes

MAP I (11 países, 10 encuestados)	MAP II (8 países, 8 encuestados)
Benin	Burundi
Burkina Faso	Cabo Verde
Camerún	Guinea
Eritrea	Mozambique
Gambia	Rwanda
Ghana	Senegal
Kenya	Sierra Leona
Madagascar	Zambia
Nigeria	
República Centroafricana	
Uganda	

**Cuadro I.1: Principales obstáculos que impiden combatir el VIH/SIDA en la etapa de preparación del proyecto**

<b>Obstáculo</b>	<b>Porcentaje de países (n = 16)</b>	<b>MAP I (No. de países)</b>	<b>MAP II (No. de países)</b>
Escasa capacidad del Ministerio de Salud, con inclusión de un deficiente sistema de salud, limitaciones en materia de recursos humanos	56	3	6
Falta de compromiso político/negación/estigma	38	4	2
Falta de financiamiento	25	2	2
Falta de coordinación multisectorial/deficiente institución multisectorial, como el Comité Nacional de lucha con el SIDA (CNLS, por su sigla en francés)	19	1	2
Falta de actividades o coordinación fuera del Ministerio de Salud, en otros ministerios	19	2	1
Falta de cobertura de los grupos de alto riesgo; es preciso lograr una mayor expansión de los programas piloto	13	2	0
Agitación política/conflicto	13	1	1
Falta de un marco estratégico para la coordinación de los donantes	6	1	0
No existe un mecanismo operacional para financiar a las entidades que no integran el sector público	6	1	0
No sabe	13	2	1

**Cuadro I.2: Características de diseño específicas**

<b>Característica de diseño</b>	<b>Porcentaje de países (n = 19)</b>	<b>MAP I (No. de países)</b>	<b>MAP II (No. de países)</b>
Componentes especiales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones enfocadas</li> <li>• Tuberculosis y paludismo</li> <li>• Huérfanos</li> <li>• Sector Privado</li> <li>• Tratamiento</li> </ul>	26	2	3
Terapias antirretrovirales en el MAP I	11	2	0
Componentes comunitarios que utilizan los mecanismos existentes de desarrollo impulsado por la comunidad o de fondo social	11	1	1
Oportunidades o componentes para diversos niveles del sector público	11	1	1
El MAP no financia al Ministerio de Salud	5	1	0
El MAP sólo financia al Ministerio de Salud	5	1	0
No se celebran contratos externos	5	0	1
Oportunidades separadas para las OBC, énfasis en la descentralización	5	1	0
Más preparación y estudios analíticos en lugar del modelo	5	0	1
Ninguna	37	5	2

para la lucha contra el VIH/SIDA imponía una carga excesiva a la capacidad administrativa.

Entre los nueve países del MAP I, el obstáculo mencionado con más frecuencia fue la falta de voluntad política/negación/estigma, mientras que para la mayoría de los países del MAP II se señaló que la escasa capacidad del Ministerio de Salud constituía el impedimento más importante. El hecho de que el financiamiento no fuese mencionado más a menudo como el principal obstáculo no significa que se disponía de financiamiento suficiente para poner en marcha un programa, sino más bien que existían otros impedimentos más graves.

**¿Tiene este proyecto del MAP características de diseño específicas que lo diferencian del modelo del MAP?**

La característica especial de diseño que los jefes de equipo de los proyectos señalaron más a menudo fue el componente especial: para intervenciones enfocadas (Burkina Faso), otras enfermedades transmisibles (Eritrea), huérfanos (Burundi), el sector privado (Guinea) y el tratamiento (Rwanda) (Cuadro I.2). Si bien todos los países del MAP II estaban habilitados para recibir financiamiento destinado a tratamiento antirretroviral, dos países del MAP I también lo ofrecían: Benin, para prevenir la transmisión de

**Cuadro I.3a: Enseñanzas derivadas de proyectos anteriores**

<b>Enseñanza derivada de proyectos anteriores</b>	<b>Porcentaje de países (n = 19)</b>	<b>MAP I (No. de países)</b>	<b>MAP II (No. de países)</b>
Escasa capacidad del Ministerio de Salud, sector público (n = 7)	37		
Excesivamente distribuida para supervisar a todos los sectores/ministerios; asignación de prioridad a ministerios con experiencia anterior en proyectos del Banco Mundial		1	1
Falencias del Ministerio de Salud; el mal desempeño en un proyecto anterior generó una mayor participación del sector privado		1	1
Unidad de administración del proyecto establecida en el ámbito del Ministerio de Hacienda debido a la mala experiencia con el Ministerio de Salud en un proyecto anterior de salud		0	1
Se dio al proyecto tiempo suficiente para madurar; no se ejercieron presiones excesivas		0	1
Falta de capacidad para planificar y ejecutar; las soluciones propuestas no han sido eficaces		1	0
Instituciones (n = 4)	21		
Éxito anterior con mecanismos de desarrollo impulsado por la comunidad		2	2
Se usó el organismo nacional para la adquisición de medicamentos creado en un proyecto anterior		0	1
Cuestiones de fondo (n = 2)	11		
Enseñanzas derivadas de un proyecto anterior sobre enfermedades de transmisión sexual, especialmente en lo referente al compromiso del gobierno		1	0
Enseñanzas derivadas de un proyecto anterior de salud con respecto a la educación de los jóvenes		0	1
Adecuada capacidad de ejecución (n = 1)	5		
Adecuada capacidad de ejecución en el Ministerio de Salud y los gobiernos locales		1	0
Ninguna/no contesta (n = 7)	37		
Ninguna		1	3
No contesta		3	0

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.

**Cuadro I.3b: Características del país y diseño del proyecto**

Característica del país	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Complementariedad con un proyecto de salud en marcha	1	0
País de baja prevalencia; se puso énfasis en la prevención, información, educación y comunicaciones	1	0
Componentes descentralizados	1	0
Gran número de refugiados y huérfanos	0	1
Robusto sector de ONG	0	1
Programa de tratamiento antirretroviral en marcha	0	1

madre a hijo, y Camerún, para tratamiento, con una enmienda del convenio de crédito.

**¿El diseño del proyecto reflejaba factores importantes específicos del país o enseñanzas derivadas de la experiencia anterior en materia de salud y SIDA en este país?**

En siete de los 19 proyectos (37%), los jefes de equipo de los proyectos no mencionaron aspectos de diseño que reflejaran enseñanzas derivadas de la experiencia anterior en el país (Cuadro I.3a).

Los jefes de equipo de los proyectos para 12 países (siete del MAP I, cinco del MAP II) identificaron enseñanzas derivadas de proyectos anteriores que se tuvieron en cuenta en el diseño del proyecto; en el caso de siete países (37%), se mencionaron enseñanzas relacionadas con **deficiencias en la capacidad de ejecución o la aptitud de coordinación** en el sector público en general o en el Ministerio de Salud. En dos países, este hecho llevó a asignar prioridad a algunos sectores en el marco de la respuesta multisectorial; en otros dos, a depender más del sector privado. En un caso, se instaló la unidad de administración del proyecto en el ámbito del Ministerio de Hacienda y, en otro, se llevó a cabo una estrategia de ejecución más gradual, para no exceder la limitada capacidad. En otro caso, se señaló que al diseñar el proyecto se habían tenido en cuenta las limitaciones en materia de capacidad; no obstante, se consideraba que hasta la fecha ninguno de esos mecanismos había sido satisfactorio. Por el contrario, en un

país se señaló que el **desempeño relativamente bueno del Ministerio de Salud y de los gobiernos locales** había contribuido al diseño del proyecto.

En cuatro países (21%), los proyectos usaron los mecanismos o las **instituciones** formulados a través de actividades anteriores de desarrollo impulsado por la comunidad, aunque en uno de los casos se señaló que no funcionaban adecuadamente debido a razones políticas. Asimismo, en uno de estos países el proyecto pudo usar un organismo de adquisición de medicamentos creado por proyectos anteriores.

Además de estas enseñanzas, los jefes de equipo de los proyectos de cinco países señalaron **cuestiones específicas de cada país** que si bien no emanaban de proyectos anteriores, incidían en el diseño del proyecto, entre ellas: la etapa inicial de la epidemia; la complementariedad de las actividades con los proyectos de salud en marcha<sup>3</sup>; componentes que se adaptaban al gobierno descentralizado; el gran número de refugiados y huérfanos; un robusto sector de organizaciones no gubernamentales (ONG), y un programa de tratamiento antirretroviral en curso.

**Temas de la evaluación del DEO**

**Enfoque estratégico**

**El modelo del MAP financia prácticamente todas las actividades incluidas en la estrategia nacional y esta última suele ser una lista exhaustiva de todo lo que puede**

**Cuadro I.4: Proceso de priorización**

Proceso	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
No existe un proceso de priorización (n = 9)	47		
Hay una lista de las cosas que no pueden y que pueden financiarse; no existe otro tipo de priorización. Todo lo que sea necesario.		3	1
El gobierno no aplica un verdadero proceso de priorización; se financia todo cuanto concuerda con la estrategia nacional amplia.		1	4
La prioridad se asigna por componentes/diseño del proyecto (n = 4)	21		
Se asigna prioridad a las intervenciones dirigidas		1	0
Se asigna prioridad a las intervenciones en el lugar de trabajo		1	0
Se asigna prioridad a los huérfanos		0	1
Se asigna prioridad al tratamiento		0	1
Prioridades deducidas de las decisiones del gobierno (n = 4)	21		
Se asigna prioridad a las intervenciones dirigidas		1	0
Se asigna prioridad a la prevención		2	0
Se asigna prioridad a la sensibilización de la opinión pública/información, educación y comunicaciones		0	2
Otros principios de priorización (n = 9)	47		
Se intenta lograr un equilibrio entre la prevención y el tratamiento		0	1
Se tienen en cuenta las cuestiones que están financiadas por otros donantes		0	2
Cobertura provincial/geográfica		2	0
Todos los grupos deben establecer prioridades en sus propios planes de acción		2	1
Las actividades prioritarias se basan en indicadores, en colaboración con otros donantes		1	0
Presión del jefe de equipo de los proyectos con respecto al contenido (n = 4)	21	2	2
No contesta (n = 1)	5	1	0

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.

***hacerse. ¿Cómo se decide en [país] qué actividades se financiarán primero? ¿Cómo es el proceso de priorización?***

Los jefes de equipo de los proyectos para nueve países (47%) señalaron que el gobierno no aplica un verdadero proceso de priorización: se financia todo lo que concuerda con la estrategia nacional amplia y/o está en la lista de actividades permitidas (o no está en la lista de aquellas que no pueden financiarse) (Cuadro I.4)<sup>4</sup>. En cuatro países (22%), los componentes del proyecto aplican un cierto grado de priorización, por ejemplo en cuanto a las intervenciones dirigidas, los huérfanos, el tratamiento o las intervenciones en el lugar de trabajo. En dos países, así como en el sector público de un tercero, los

proyectos asignan prioridades en función de las actividades de otros donantes y de acuerdo con varios indicadores. En cuatro países, los jefes de equipo de los proyectos señalaron que se había ejercido presión para establecer prioridades específicas (cambio de comportamiento; información, educación y comunicaciones (IEC) para grupos de alto riesgo; actividades del Ministerio de Salud) o procedimientos selectivos.

En algunos casos, los jefes de equipo de los proyectos mencionaron las prioridades declaradas por los gobiernos (fuere cual fuese el procedimiento: intervenciones dirigidas, prevención, sensibilización de la opinión pública) o señalaron que los diversos niveles de gobierno fijaban prioridades de manera independiente (tres países).

**Cuadro I.5: Atención sistemática al comportamiento de alto riesgo**

Intervención/política	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
El sector público aborda la cuestión sistemáticamente (n = 4)	21		
El gobierno pone gran énfasis en las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo		3	0
Las "zonas calientes" se identifican mediante el trazado de mapas y se incluyen actividades relacionadas con grupos de alto riesgo. Estas son las prioridades		1	0
El sector público no aborda la cuestión sistemáticamente (n = 9)	47		
Las ONG abordan la cuestión pero sin especial énfasis		2	2
Esfera de énfasis especial para las ONG		0	1
Las ONG, algunos ministerios, un pedido del MAP para un grupo (cárceles), pero el Consejo Nacional de SIDA no aborda la cuestión sistemáticamente		3	1
No se aborda en forma sistemática (n = 5)	26		
El proyecto está intentando identificar a los grupos de alto riesgo		0	1
Ninguna de las partes del proyecto garantiza que la cuestión será abordada		1	3
No disponible (n = 1)	5	1	0

**Cuadro I.6: Estrategia para intensificar la voluntad política**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	32	4	2
No	58	6	5
No disponible	11	1	1

***¿Qué intervenciones, si las hubiese, se están financiando para lograr que disminuya la transmisión entre los grupos de comportamiento de alto riesgo? ¿Alguno de los aspectos del proyecto asegura que esta cuestión será abordada?***

En sólo cuatro países (22%) —todos pertenecientes al MAP I—, el sector público aborda sistemáticamente el comportamiento de máximo riesgo (Cuadro I.5); en nueve países (50%), sólo se aborda en la medida en que las ONG emprenden estas actividades; en cinco países (28%), ninguna de las partes del proyecto se ocupa sistemáticamente del comportamiento de alto riesgo (y cuatro de ellos son países del MAP II). Por ende, estas actividades, cuando se llevan a

cabo, están mejor organizadas en los países del MAP I, se han relegado ampliamente a las ONG, y es menos probable que los países del MAP II las hayan abordado.

#### **Compromiso del gobierno**

Se solicitó a los encuestados que tipificaran el nivel de compromiso para controlar el VIH/SIDA antes de la puesta en marcha del proyecto; luego se les preguntó —en el caso de los proyectos que habían estado en vigor durante, por lo menos, 12 meses— si el grado de compromiso había aumentado, disminuido o se había mantenido igual y, si hubiese cambiado, cuál era el nivel actual. Las preguntas se formularon respecto de cinco niveles de gobierno: los niveles superiores; el Mi-



**Cuadro I.7a: Variaciones en el grado de voluntad política**

Tendencia	Niveles superiores			Ministerio de Salud			Otros ministerios			Parlamento			Gobierno local		
	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %
Aumentó	7	1	44	5	3	44	4	3	38	4	3	38	5	5	56
Sin cambios	2	5	38	3	3	33	3	3	33	2	4	33	2	2	22
Disminuyó	0	1	6	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS/NC	2	1	17	3	1	22	4	2	33	5	1	33	4	1	28

Nota: NS/NC = no sabe/no contesta

**Cuadro I.7b: Grado actual de voluntad política**

Tendencia	Niveles superiores			Ministerio de Salud			Otros ministerios			Parlamento			Gobierno local		
	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %	I No.	II No.	Ambos %
Muy alta	5	5	56	6	2	44	1	1	17	1	2	17	2	4	33
Alto	3	1	22	2	4	33	4	2	56 <sup>a</sup>	5	3	44	4	2	33
Moderada	1	1	11	0	2	11	1	2	17	1	2	17	2	1	17
Baja	0	1	6	1	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	6
Inexistente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0
Hostil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS/NC	2	0	11	2	0	11	2	1	17	4	0	22	3	0	17

nisterio de Salud; otros sectores; el parlamento/la legislatura, y las oficinas locales/regionales. Las respuestas abarcaban una escala de seis puntos: muy alto, alto, moderado, bajo, inexistente, hostil. Cabe señalar que en la mayoría de los casos, los encuestados no estuvieron presentes durante la preparación del proyecto.

**¿Incluía el proyecto una estrategia explícita para incrementar el compromiso del gobierno? En caso afirmativo, consígnela.**

Sólo para un tercio de los países (6), los jefes de equipo de los proyectos mencionaron una estrategia explícita para incrementar el compromiso del gobierno, incluidas actividades tales como viajes de capacitación o estudio para dirigentes, o la promoción como objetivo de la Iniciativa sobre Resultados Rápidos (Cuadro I.6). En dos de estos casos, las estrategias consistían sencillamente en la elaboración de un plan estratégico nacional al tiempo que se solicitaba a cada sector que preparara su propio programa (una actividad relativamente estándar en todos los proyectos).

**Estrategias:**

- Capacitación para miembros del Parlamento, dirigentes: 2
- IEC, viajes de estudio para funcionarios, miembros del Parlamento, líderes religiosos: 1
- Iniciativa sobre Resultados Rápidos con enfoque en la promoción: 1
- Elaboración de un plan estratégico nacional, comités, después de la aprobación: 1
- Sectores clave requeridos en los Consejos Nacionales de SIDA, preparación de programas sectoriales<sup>5</sup>: 1

**Si el proyecto ha estado en vigor durante, por lo menos, 12 meses y teniendo en cuenta estos grupos, ¿en qué medida ha aumentado o disminuido el compromiso del gobierno desde el inicio del proyecto?**

Los jefes de equipo de los proyectos respondieron que en los **niveles superiores del gobierno**, la voluntad política había aumentado

**Cuadro I.8: Variaciones en la voluntad política atribuidas a la intervención del Banco**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	39	2	5
Parcialmente	17	3	0
No	17	1	2
No disponible o no contesta	28	4	1
No sabe	6	1	0

**Cuadro I.9: Instituciones de lucha contra el SIDA antes del MAP**

Mecanismo institucional	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Departamento de nivel intermedio en el Ministerio de Salud (*)	26	4	1
Departamento de nivel alto en el Ministerio de Salud	16	1	2
Unidad multisectorial no vinculada a un ministerio, que depende del Presidente o Primer Ministro	16	1	2
Departamento de nivel bajo en el Ministerio de Salud	16	1	2
Consejo Nacional de SIDA multisectorial en la órbita del Ministerio de Salud	11	1	1
Ninguno	5	1	0
Tanto una unidad en el Ministerio de Salud como una unidad multisectorial fuera del mismo	0	0	0
No contesta/no disponible	5	1	0
No sabe	5	1	0

\* Esta opción no estaba incluida (fue un agregado), pero terminó siendo la más común.

**Cuadro I.10a: Cambio en las instituciones desde la entrada en vigor del MAP**

¿Hubo cambios?	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	68	7	6
No	16	2	1
No disponible	5	1	
No contesta/no sabe	11	1	1

**Cuadro I.10b: Cómo cambiaron las instituciones**

¿Cómo cambiaron?	Porcentaje de países (n = 13)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
El Consejo Nacional de SIDA depende del Presidente o Primer Ministro	92	7	5
Se creó el Ministerio de lucha contra el SIDA; la Secretaría del Consejo Nacional de SIDA está en el ámbito de dicho ministerio	8	0	1

en la mitad de los países y disminuido en un país desde el inicio del proyecto (Cuadro I.7a). El compromiso de los niveles superiores aumentó, principalmente, en los países del MAP I (siete de los ocho países en los que se registró un aumento pertenecían al MAP I); en la mayoría de los países del MAP II (cinco de siete), se informó que el compromiso en los niveles superiores no había variado. Este dato refleja el menor grado de compromiso en los niveles superiores de los países del MAP I antes del inicio del proyecto (en dos de los 11 países se consideró muy alto y en tres, alto), en comparación con los países del MAP II (en cinco de los ocho países se consideró muy alto antes del inicio del proyecto).

Con respecto al *Ministerio de Salud, otros ministerios y el Parlamento*, se informó que la voluntad política había aumentado en alrededor de la mitad de los países, y no se señalaron diferencias entre el MAP I y el MAP II. El nivel en el que se registró un aumento del compromiso en el mayor número de países fue el **gobierno local o regional** (10 de los 14 encuestados); tampoco hubo diferencias entre el MAP I y II.

#### ***¿Cuál es, actualmente, el grado de compromiso del gobierno?***

De los 17 jefes de equipo de los proyectos encuestados, 14 (82%) informaron que, actualmente, el grado de compromiso en el nivel superior del gobierno (Presidente, Primer Ministro) y entre los funcionarios del Ministerio de Salud era alto o muy alto (Cuadro I.7b). Aproximadamente dos tercios de los encuestados señalaron que existía un grado de compromiso

alto o muy alto entre los funcionarios del gobierno local/regional y los miembros del Parlamento/legisladores. En la mayoría de los países se registraban diferencias de un ministerio a otro; en algunos, el compromiso era alto y en otros, moderado. Los jefes de equipo de los proyectos para tres países manifestaron que la voluntad política en el nivel superior y en el Ministerio de Salud era moderada o baja, y cuatro, que el compromiso del gobierno local y regional se encontraba en esos niveles. En un país, se consideró que la voluntad política de los miembros del Parlamento/la Legislatura era inexistente.

#### ***¿En qué medida es posible atribuir estos cambios (o la mitigación de las disminuciones) a la intervención del Banco?***

De los jefes de equipo de los proyectos para los 13 países que registraron un cambio en el grado de compromiso durante los proyectos, siete lo atribuyeron totalmente a la intervención del Banco (de los cuales cinco pertenecían al MAP II) y tres, en forma parcial (Cuadro I.8). En tres casos, los jefes de equipo de los proyectos manifestaron que los cambios no obedecían al proyecto, y dos de ellos consideraron que se debían a cambios en el gobierno.

#### ***Respuesta multisectorial/Cuestiones institucionales***

#### ***¿Cuáles fueron las principales instituciones gubernamentales que participaron en la respuesta nacional al VIH/SIDA antes del***

**Cuadro I.11: La situación de las ONG antes del MAP**

<b>Respuesta</b>	<b>Porcentaje de países (n = 19)</b>	<b>MAP I (No. de países)</b>	<b>MAP II (No. de países)</b>
El gobierno no financiaba a las ONG o las OBC	37	3	4
El gobierno ya financiaba a las ONG para que realizaran tareas relacionadas con el SIDA	26	3	2
El gobierno ya financiaba a las ONG a través del Ministerio de Salud	16	1	2
El gobierno financiaba a las ONG en el sector de salud y en otros sectores, pero no así en materia de SIDA	11	2	0
Existían mecanismos no funcionales pero no se habían usado	5	1	0
No sabe	5	1	0

**Cuadro I.12: Cantidad de ONG locales idóneas**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Muchas/algunas	42	4	4
Pocas/limitada capacidad local	42	6	2
Ninguna ONG local dedicada a combatir el SIDA	16	1	2

**Cuadro I.13: Priorización de las intervenciones de las ONG**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
No se asignan prioridades; se aprueban casi todas las propuestas	42	4	4
Debe estar incluida en la lista de actividades establecida en el documento de evaluación inicial del proyecto (o no debe formar parte de la lista de actividades excluidas)	11	2	0
Priorización por distritos en función del programa de trabajo, la tasa de prevalencia, los grupos vulnerables	5	1	0
Las actividades prioritarias se definen cuando se pone en marcha el proyecto: conocimientos sobre VIH/SIDA; aumento del compromiso; mitigación	5	0	1
No contesta	37	4	3

***proyecto del MAP?***

De los 17 países encuestados, 11 (65%) tenían inicialmente un departamento de lucha contra el SIDA en el Ministerio de Salud, en un nivel bajo (3), intermedio (5) o alto (3) (Cuadro I.9). Dos países tenían un Consejo Nacional de SIDA multisectorial en la órbita del Ministerio de Salud y tres, un consejo que no estaba vinculado a un ministerio y dependía del Presidente o del Primer Ministro. Solamente

en un caso, el país no tenía un mecanismo institucional para combatir el SIDA antes del proyecto.

***¿Ha cambiado el contexto institucional? En caso afirmativo, ¿influyeron en ese cambio los criterios de admisibilidad del MAP? ¿De qué manera?***

En los 13 casos en los que se produjo un cambio en el contexto institucional, los jefes de equipo

**Cuadro I.14a: Éxito en la aceleración del flujo de fondos a la sociedad civil**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	68	7	6
Para las ONG grandes, pero en menor medida para las pequeñas	5	1	0
No	11	2	0
Es muy pronto para deducir una conclusión	11	0	2
No contesta	5	1	0

**Cuadro I.14b: Obstáculos que impiden el financiamiento de las ONG y las OBC**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Aspectos financieros y administrativos (n = 8)	42		
Cuentas especiales y flujo de caja		1	0
Desembolsos excesivamente centralizados y escasa capacidad administrativa		1	0
Sistema bancario poco desarrollado en la periferia		1	0
Procesamiento lento		1	0
Lenta reposición de la cuenta especial a nivel central		1	0
Agotamiento de dinero en la cuenta especial		0	1
Adaptación de los procedimientos del Banco para las ONG más pequeñas		1	0
Personal insuficiente para registrar las estimaciones de los costos en el sistema de información para la administración		0	1
Escasa capacidad de las ONG/resultados deficientes (n = 5)	26		
Fortalecimiento de la capacidad para las ONG más pequeñas		1	0
Indicadores de resultados: cuando no existen se producen demoras en la aprobación		1	0
Baja calidad de las propuestas formuladas por las ONG -> revisiones		0	1
Lograr que las ONG reúnan los requisitos para recibir dinero		0	1
Resultados deficientes		1	0
Proceso de selección (n = 4)	21		
Introducir más claridad en el proceso de selección		1	0
Interferencia política en la selección de los subproyectos		0	1
Período prolongado para que los organismos subcontratados examinen las propuestas		0	1
La aprobación de las propuestas de gran envergadura, que deben ser aprobadas por el Consejo Nacional de SIDA, demora mucho tiempo		0	1
No hay obstáculos (n = 4)	21	3	1

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.

de los proyectos lo atribuyeron a los criterios de admisibilidad del MAP y, en cierta medida, a las recomendaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). En dos países donde ya existía un Consejo Nacional de SIDA (y consiguientemente no hubo cambios), los jefes de equipo de los proyectos no pudieron determinar con certeza si el Consejo se había creado a raíz de actividades o presiones del Banco (como, por ejemplo, la visita del presidente del Banco, James Wolfensohn) antes del proyecto (Cuadros I.10a, b).

#### **Comentarios:**

*Fricciones entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA (3).*

*En el Consejo Nacional de SIDA se ha asignado una función importante al Ministerio de Salud (3):*

- El Ministro de Salud preside el Consejo Nacional de SIDA.
- El Ministro de Salud es el primer vicepresidente del Consejo Nacional de SIDA, el Ministro de Acción Social es el segundo vicepresidente.
- El Ministro de Salud es el vicepresidente del

**Cuadro I.15: Reducción de la participación del Ministerio de Salud en razón de los requisitos institucionales del MAP**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
No hay una reducción de la participación (n = 9)	47		
No hay una reducción de la participación		2	1
No se modificó el contexto institucional		2	0
El Ministerio de Salud conserva el liderazgo, con la participación de otros sectores		1	0
Excelente identificación con el MAP porque un tercio de sus fondos se asigna al Ministerio de Salud		0	1
El Ministerio de Salud tiene el plan de acción más amplio y lidera el programa de tratamiento		0	1
El Ministerio de Salud encabeza el Consejo Nacional de SIDA		0	1
Reducción inicial de la participación, pero se ha superado (n = 5)	26		
Inicialmente, el Ministerio de Salud no estaba conforme; ahora es responsable de las operaciones de salud		2	2
Tensiones debido a la falta de claridad entre las funciones del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de SIDA; no obstante, el Ministro es vicepresidente del Consejo		1	0
Reducción permanente de la participación (n = 4)	21		
El Ministerio de Salud ha quedado separado, debido tanto al Consejo Nacional de SIDA como al hecho de no haber obtenido otro proyecto de salud		1	0
Efecto muy negativo en el Ministerio de Salud; pujas entre el Ministerio y el Consejo Nacional de SIDA exacerbadas por diferencias étnicas, tanto a nivel nacional como estadual		1	0
Impacto negativo debido al Consejo Nacional de SIDA y a la creación del Ministerio de lucha contra el SIDA		0	1
Impacto negativo debido a la rivalidad entre el ministro de Salud actual y el anterior que preside el Consejo Nacional de SIDA		0	1
Sin comentarios (n = 1)	5	1	0

Consejo Nacional de SIDA, el Ministro de lucha contra el SIDA es el relator.

*El programa del Ministerio de Salud funciona adecuadamente y/o a pesar del Consejo Nacional de SIDA (4):*

- El Consejo Nacional de SIDA es una institución sólida y creíble; existe una relación complementaria con el Programa Nacional de lucha contra el SIDA (NACP, por su sigla en inglés): el Consejo se concentra en la prevención y el NACP en el tratamiento.
- El Consejo Nacional de SIDA permitió fortalecer la capacidad para coordinar a los donantes, la sociedad civil, el gobierno local.
- El programa de lucha contra el SIDA aún existe en el ámbito del Ministerio de Salud y es una fuente importante de apoyo técnico; en muchos casos, las actividades todavía están cen-

tradas en el sector de salud. El Consejo Nacional de SIDA ha permitido que otros ministerios y las ONG tengan más autonomía para diseñar actividades y para obtener financiamiento.

- El programa del Ministerio de Salud sigue en vigor y está ejecutando un importante componente de salud.

*El Consejo Nacional de SIDA no es eficaz (1):*

- El Consejo Nacional de SIDA/la Secretaría Nacional de lucha contra el SIDA no es muy eficaz pues no se reúne con la suficiente frecuencia.

*Otros problemas señalados respecto del Consejo Nacional de SIDA u otras mejoras en el mismo (4):*

- La necesidad de atraer a personal más idóneo.
- El número de personal aumentó de seis a 20 después del MAP.
- El Consejo Nacional de SIDA tiene personal con

**Cuadro I.16a: Soluciones para aliviar las tensiones entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA**

Solución	Número de países
Conversaciones personales con el jefe de equipo de los proyectos; el jefe de equipo de los proyectos analiza todas las actividades de salud directamente con el Ministerio de Salud	5
Nuevo director o ministro de salud	2
Se asignó al Ministerio de Salud su propia cuenta especial, después del examen a mitad de período	1
Nuevo gobierno y nuevo ministro de salud	1
Tratar de establecer un comité sobre tratamiento y justificar una cuenta especial sobre la base del volumen	1
Se asignó al Ministerio de Salud más responsabilidad en el proyecto	1

**Cuadro I.16b: Cuentas especiales para el Ministerio de Salud**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	21	2	2
No	53	6	4
No sabe/no contesta	26	3	2

**Cuadro I.17: Relación entre el MAP y operaciones de salud simultáneas**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Buena coordinación (n = 8)	42		
Las mismas contrapartes para los dos proyectos		2	1
Los mismos jefes de equipo de los proyectos o equipos del Banco		2	0
Supervisión conjunta de los proyectos		1	0
Programas de trabajo compartidos entre los proyectos y con las actividades del Fondo Mundial		1	0
Financiamiento de actividades complementarias		2	0
Los proyectos de salud y del MAP tienen en común los productos farmacéuticos. El Ministerio de Salud examina los medicamentos.		0	1
El MAP desplaza en cierta medida a los proyectos de salud (n = 1)	5		
Los planes de salud distritales se financian mediante enfoques multisectoriales; el MAP desplaza en pequeña medida a otros proyectos y suele complementar los planes de salud distritales a través del financiamiento del tratamiento.		0	1
Muy poca coordinación (n = 1)	5	1	0
No había ninguna operación de salud simultánea en oportunidad de la entrevista (n = 7)	37	4	3
No contesta (n = 3)	16	1	2

Nota: El total suma más de 19 porque los jefes de equipo de los proyectos para algunos países incluyeron múltiples respuestas.

**Cuadro I.18: Indicadores de S&E que se recopilan**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Los mismos que se establecen en el documento de evaluación <i>ex ante</i> del proyecto	37	4	3
Se recopilan indicadores adicionales	16	2	1
Hubo cambios en los indicadores (algunos se han agregado, otros se han suprimido)	42	4	4
No contesta	5	1	0

mayor dedicación y preparación, y actualmente presta más atención a la formulación de directrices específicas y políticas en materia de ejecución para cuestiones tales como el tratamiento antirretroviral.

- En el Ministerio de Salud se ha designado a un nuevo “coordinador nacional” para la lucha contra el SIDA, así como un representante del MAP y, posiblemente, un representante del Programa Regional para la Aceleración del Tratamiento del VIH/SIDA, que en ambos casos dependen del coordinador nacional.

**Respuesta de las ONG, las OBC y la sociedad civil**

***Antes del proyecto, ¿las circunstancias eran propicias para lograr la participación de las ONG a través del gobierno en la lucha contra el VIH/SIDA? ¿El gobierno ya estaba dando apoyo a las ONG? ¿Ya existía un mecanismo? Caso contrario, ¿se creó un mecanismo como resultado del proyecto?***

En alrededor de la mitad de los países (10 países o el 55%), el gobierno ya estaba financiando

**Cuadro I.19: Mecanismos para la evaluación de las ONG y las OBC**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Ninguno (salvo, por ejemplo, los informes finales) (n = 6)	32	4	3
Indicadores (n = 8)	42		
Únicamente indicadores de productos/procedimientos		0	3
Presentación de informes con indicadores básicos (no se indica claramente si se trata de indicadores de procedimientos o productos)		3	2
Boletines de calificación		1	0
Auditorías externas (n = 4)	21		
Auditorías técnicas por consultores contratados por el Consejo Nacional de SIDA		1	0
Evaluaciones administrativas y auditorías financieras		1	2
Evaluaciones externas (n = 5)	26		
El examen a mitad de período incluirá una evaluación		2	1
Visitas <i>ad hoc</i> sobre el terreno/misiones de supervisión		1	1
No contesta o no disponible (n = 2)	11	2	0

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.



**Cuadro I.20a: Insumos técnicos para actividades de S&E**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
GAMET	79	7	8
Consultores	21	4	0
Otros donantes	63		
ONUSIDA		3	1
Consultor de USAID/MEASURE		4	0
Otros donantes		2	0
CDC		0	2
Economía del desarrollo <sup>a</sup>	5	1	0
Ninguno	5	1	0
No contesta/no disponible	5	1	0

a. El departamento de investigación del Banco.

**Cuadro I.20b: Comentarios sobre la asistencia técnica**

Comentario	Número de países
GAMET fue muy útil	3
GAMET fue útil, pero no dependía del jefe de equipo de los proyectos; es preciso que un especialista en S&E forme parte del equipo global	1
GAMET no fue muy útil	1
“Técnicamente es útil, pero no se dispone de personal para aplicar las recomendaciones”	1
La asistencia técnica en materia de S&E fue muy útil; forma parte del sistema de S&E que integra los “tres unos”	1
“En ocasiones, ha sido excesiva (no necesariamente la asistencia del Banco); cada consultor de cada donante aportaba algo diferente. No debe ser poca, pero sí estar coordinada”	1
“Resultados decepcionantes” del consultor	1

a las ONG a través del Ministerio de Salud y/u otros sectores (Cuadro I.11). En ocho países (44%), el gobierno no financiaba a las ONG ni las OBC, aunque en uno de ellos existían mecanismos en los papeles que jamás se habían utilizado.

En los siete casos en que, anteriormente, el gobierno no prestaba apoyo a las ONG y no existía ningún mecanismo, los jefes de equipo de los proyectos señalaron que el MAP había impulsado la creación de mecanismos para respaldarlas. En algunos países en los que el gobierno ya estaba financiando a ONG para controlar el SIDA, el proyecto creó o fortaleció los mecanismos para financiar a las OBC y la sociedad civil.

**¿Existían ONG locales/nacionales idóneas con capacidad para diseñar, gestionar y**

**evaluar programas de lucha contra el VIH/SIDA?**

En 11 de los 19 países (58%), los jefes de equipo de los proyectos informaron que existían pocas, o ninguna, ONG locales con capacidad para diseñar, gestionar y evaluar programas de lucha contra el VIH/SIDA (Cuadro I.12).

**¿Cómo se determina qué tipo de intervención se ha de financiar para una ONG o una OBC concreta? ¿Existe alguna clase de priorización?**

De los 12 países respecto de los cuales los jefes de equipo de los proyectos respondieron a la encuesta, en ocho no se asignan prioridades y se aprueban prácticamente todas las propuestas que pasan la inspección; en otros dos, las pro-

**Cuadro I.21: Comentarios sobre cuestiones clave para mejorar el seguimiento y la evaluación**

Comentario	Número de países
El sistema global de S&E no está funcionando	4
Es preciso proporcionar incentivos para la recopilación de datos, y fortalecer la capacidad de las provincias para el seguimiento y la evaluación	2
La información ingresa al centro, pero no se ofrece orientación o comentarios al nivel local	1
El Consejo Nacional de SIDA no tiene autoridad sobre todos los actores; cada donante tiene sus propios indicadores	3
La capacidad de la unidad de seguimiento y evaluación del Consejo Nacional de SIDA es deficiente; es preciso aumentar el personal calificado	2
Cada indicador requiere su propio sistema de recopilación; el Consejo Nacional de SIDA desea recopilarlos en conjunto en lugar de ofrecer apoyo a otros organismos para que lo hagan	1
Es preciso realizar el seguimiento y la evaluación de todo el programa y no sólo del proyecto	1
Debe prestarse especial atención al seguimiento de la calidad del servicio y no sólo a la cobertura	1
Los actuales sistemas de S&E se diseñaron para prestar asistencia a las autoridades decisorias nacionales, lo cual no resulta útil para los ejecutores a nivel local	1
Es preciso simplificar las actividades de S&E y lograr que sean útiles a las autoridades decisorias locales, para que sirvan como instrumento de gestión	1
Excesiva evaluación de los productos; es necesario centrarse en los resultados	3
Excesivo número de indicadores; es preciso lograr un acuerdo entre los organismos/donantes	1
Se precisa una metodología adecuada de evaluación del impacto así como ingresar los datos al sistema para que sean utilizados	1
Capacitación sobre el Sistema de Información Geográfica para entender la cobertura espacial	1
En este momento, el sistema de S&E funciona correctamente	2

puestas se aprueban si están incluidas en la lista larga de actividades posibles que se establece en el documento de evaluación *ex ante* del proyecto, o bien si no figuran en la lista corta de actividades inelegibles. En síntesis, no existe priorización en 10 de los 12 países encuestados (53% del total). En un caso, el jefe de equipo de los proyectos manifestó que las prioridades se asignaban en oportunidad de la puesta en marcha del proyecto, pero no explicó si estaban institucionalizadas. En el caso de los siete países para los que no se consignó una respuesta (37%), los encuestados explicaron detalladamente el proceso de aprobación sin referirse a la priorización, o proporcionaron información adicional sobre la logística (Cuadro I.13).

***¿Los mecanismos de ejecución/financiamiento previstos para el proyecto han per-***

***mitido acelerar el flujo de fondos a la sociedad civil?***

Para la mayoría de los países (13), la respuesta fue categóricamente afirmativa, mientras que para otro país se señaló que se había acelerado el flujo de fondos a las ONG grandes. En cuatro casos, el mecanismo no había logrado su cometido o aún era muy pronto para deducir una conclusión (estos dos últimos eran países del MAP II).

***¿Existen obstáculos? ¿Cuáles?***

De los 18 proyectos, solamente en cuatro se informó que no existían obstáculos (Cuadro I.14b). Los problemas predominantes, que afectaban a ocho países (44%, incluidos seis de los siete proyectos del MAP I en los que existían obstáculos), eran *financieros y administrativos*, a saber:

**Cuadro I.22: Obstáculos que dificultan la respuesta contra el SIDA actualmente**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Escasa capacidad de ejecución (n = 6)	32		
Deficiencias, escasa capacidad de ejecución del sector de salud		2	2
Fortalecer la capacidad del Consejo Nacional de SIDA en términos de capacitación, recursos humanos, eficacia estructural o dedicación		2	0
Falta de participación de la sociedad civil		1	
Capacidad de las ONG		0	1
Muy poca cantidad de dinero (n = 4)	21		
Se carece de financiamiento para tratamiento antirretroviral		2	0
Se están agotando los recursos, falta dinero		0	2
Capacidad de absorción: excesiva cantidad de dinero en relación con las personas (n = 4)	21		
Hay intereses políticos detrás de las enormes sumas de dinero		2	0
Escasez de recursos humanos/capacidad de absorción		0	2
Cuestiones institucionales (n = 3)	16		
Aislamiento del Ministerio de Salud; la relación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de lucha contra el VIH/SIDA pondrá en peligro el programa de tratamiento		1	1
Cuestiones institucionales y estructurales, a nivel federal, estadual		1	0
Cuestiones programáticas (n = 3)	16		
Fortalecer las actividades de S&E y vincular el programa a los resultados		1	1
Mejorar la orientación/más atención a los aspectos estratégicos		1	1
Es preciso adoptar medidas que permitan tener la certeza de que se incrementarán las intervenciones de suma importancia		1	0
Cuestiones relativas al tratamiento antirretroviral (instalaciones de salud, capacitación del personal, suministro de medicamentos)		1	0
Falta de coordinación (n = 2)	11		
Actividades dispersas, sin coordinación		1	0
Falta de coordinación dentro del gobierno y entre los donantes; el flujo de dinero es muy grande		0	1
Cuestiones sociales (n = 1)	5		
Estigma		1	0
No contesta o no disponible (n = 3)	16	2	1

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.

flujo de caja, desembolsos excesivamente centralizados, escasa capacidad administrativa, sistemas bancarios poco desarrollados, lenta reposición de la cuenta especial, problemas para adaptar los procedimientos del Banco a las necesidades del proyecto. La **escasa capacidad de las ONG** fue el obstáculo mencionado en se-

gundo término (cinco países o el 28%). El tercer problema estaba relacionado con dificultades en el **proceso de selección de las ONG** o sus propuestas, entre ellas interferencia política, períodos de examen prolongados y engorrosos, y falta de transparencia (cuatro países o el 22%).

**Cuadro I.23: Impacto del MAP hasta la fecha**

<b>Respuesta</b>	<b>Porcentaje de países (n = 19)</b>	<b>MAP I (No. de países)</b>	<b>MAP II (No. de países)</b>
<b>Impactos positivos</b>			
Compromiso, movilización (n = 9)	47		
Mayor voluntad política		0	1
Mayor movilización de la comunidad/sociedad civil		4	3
Gobierno local con poder de decisión, ejecutores locales; se les proporcionó información, coordinación; descentralización		2	2
Mayor sensibilización; aceptación de que el VIH constituye un problema		5	3
Instituciones (n = 8)	42		
Actividades multisectoriales		3	1
Instituciones/capacidad más sólidas		1	3
Impacto en otros donantes (n = 6)	32		
Ha logrado que otros donantes concedan financiamiento para el programa		1	2
Mejor coordinación de los donantes, un sistema de S&E		1	3
Tratamiento (n = 5)	26		
Acceso de los pobres a terapias antirretrovirales, mayor acceso a tratamiento		1	1
Se creó un marco institucional para aumentar el acceso al tratamiento/la atención		0	3
Bienes públicos (n = 4)	21		
Más información sobre la epidemia a través de encuestas, vigilancia		1	1
Revisión del marco estratégico		1	1
Otros (n = 8)	42		
Estabilización de la prevalencia del VIH		2	0
Movilización de grandes sumas de dinero		1	0
Un mayor número de personas ha sido sometido a pruebas y conoce su situación		1	0
No se hubieran llevado a cabo actividades a esta escala		1	0
Financiamiento de productos básicos (en otros casos, el financiamiento se destina, principalmente, a asistencia técnica)		1	0
Menor estigma		0	1
Mayor control de los desechos médicos		0	1
Cambio de comportamiento		0	0
Impactos negativos (n = 4)	21		
Resentimiento de otros donantes		1	0
Ningún impacto en la prevalencia, atención o comportamiento		1	0
Antagonismo entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA		0	1
Falta de transparencia		0	1
No contesta/no disponible (n = 2)	11	1	1

*Nota:* El total suma más de 19 porque algunos países incluyeron múltiples respuestas.

**Cuadro I.24: Eficacia del MAP en comparación con un proyecto de inversión estándar**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Mucho más eficaz	11	2	0
Más eficaz	53	5	5
Igualmente eficaz	11	1	1
Menos eficaz	0	0	0
Mucho menos eficaz	0	0	0
No sabe: ¿Por qué el MAP es diferente?	5	1	0
Menos eficaz en la fase de preparación porque debe ajustarse a un modelo y no existe voluntad de adaptarlo a la situación local. Más eficaz en la fase de supervisión porque puede adaptarse mediante la modificación del convenio de donación para el desarrollo; además, ACTAfrica no interviene en la supervisión.	5	0	1
No disponible/no contesta	16	2	1

**Cuadro I.25: Influencia de otro financiamiento en el contenido del MAP**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Ninguna	37		
Ninguna		1	3
Ninguna, los demás financian aspectos que el MAP no financia, y lo complementan		2	1
Aún no, debido a que el dinero no ha comenzado a ingresar	26	3	2
Sí	21		
Otras partes financian el tratamiento		1	0
Pone de relieve la necesidad de asignar prioridades en razón de la capacidad de absorción		0	1
Ha menoscabado el efecto multiplicador del financiamiento del Banco		1	0
Ha impulsado al Banco a concentrarse en su ventaja comparativa		1	0
No disponible – No existe otro financiamiento	5	0	1
No sabe	5	1	0
No contesta	5	1	0

**Cuadro I.26: Impacto de otras fuentes de financiamiento en la pertinencia del MAP**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí	63		
Aún es pertinente		3	3
Se estima que los requisitos del MAP son favorables en comparación con el Fondo Mundial, otros donantes		1	1
El MAP aún ofrece un enfoque multisectorial, uso de los gobiernos locales y las ONG		3	0
El gobierno y las ONG no confían en la perdurabilidad, previsibilidad del Fondo Mundial, otros		1	0
No disponible	5	0	1
No contesta	32	3	3

*El SIDA y el sector de salud*

**¿Qué impacto han tenido el MAP y el contexto institucional nacional en la participación del Ministerio de Salud?**

En la mitad de los 18 países activos del MAP, los jefes de equipo de los proyectos informaron que existía una reducción de la participación del Ministerio de Salud, o un cierto grado de ten-

sión, a raíz de que la autoridad estaba en manos de un comité multisectorial situado fuera de su órbita; en cinco países había existido desagrado o tensión inicialmente, pero se había neutralizado (Cuadro I.15), mientras que en otros cuatro sigue habiendo una reducción de la participación o tensión debido a rivalidades institucionales o personales. Con respecto al resto de los países, no se informaron problemas de esta índole. En

**Cuadro I.27: Cambios recomendados en el diseño o el enfoque de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA en la próxima ronda, países del MAP**

Respuesta	%	Total – MAP I y II	Número de países	
		Número de países (n = 19)	MAP I (n = 11)	MAP II (n = 8)
Enfoque global	37	6		
Mayor énfasis en la prevención/el tratamiento queda a cargo de otros donantes			3	
Especial atención a la respuesta amplia (en oposición al proyecto); énfasis en el diálogo sobre políticas, la estrategia, la evaluación de los resultados			1	1
Debería modificarse el enfoque: en lugar de un modelo, debería ayudarse al país a encontrar su propia solución mediante la formulación de las preguntas adecuadas, la divulgación de las experiencias, la consulta a todos los niveles de partes interesadas				1
Mayor identificación del país con el proyecto desde un inicio				1
Financiamiento	21	4		
Donación en lugar de crédito			1	1
Financiamiento conjunto			1	
Reducir los requisitos relativos a la contribución de las contrapartes y la comunidad (en este último caso, especialmente para las intervenciones de movilización y sensibilización)				1
Aspectos multisectoriales	11	2		
Revisar el componente del ministerio sectorial: excesivamente vertical, no está integrado			1	
Incrementar la ejecución sectorial de subproyectos en el Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud, etcétera, a través de la utilización de cuentas especiales en los casos en que ya existen operaciones del Banco en ese sector				1
Intervenciones específicas	11	2		
Mayor apoyo técnico al Ministerio de Salud				1
Mayor apoyo, con alimentos, etcétera, a las personas afectadas por el VIH/SIDA antes de que enfermen			1	
Otros	5	1		
Si se recibe financiamiento de otras fuentes, será preciso concentrarse exclusivamente en el componente comunitario			1	
No contesta	26	5	3	2

algunos casos, esto obedeció a diversos factores, entre ellos: el Ministerio de Salud aún lideraba la respuesta nacional contra el SIDA, se le había asignado un componente especial del proyecto, cumplía una función de liderazgo en el Consejo Nacional de SIDA, o el MAP no incidía en el contexto institucional de la respuesta.

***¿Se ha adoptado alguna medida para reducir las tensiones o los problemas con el Ministerio de Salud? ¿Cuáles?***

Los jefes de equipo de los proyectos para nueve

países respondieron que existían tensiones/problemas con el Ministerio de Salud, y ocho de ellos ofrecieron soluciones, de las cuales la principal consistía en mantener conversaciones personales con la autoridad del ministerio o tomar la decisión de analizar todas las actividades de salud directamente con el Ministerio de Salud (cinco países). En tres casos, el problema se solucionó tras la designación de un nuevo ministro o director de salud o el advenimiento de un nuevo gobierno. En tres países se intentó incrementar la responsabilidad o la autoridad del Ministerio de Salud res-

**Cuadro I.28: Utilidad y pertinencia de los criterios de admisibilidad**

Respuesta	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
Sí, son útiles y apropiados	42	4	4
Con reservas: la contratación externa no es útil/apropiada	5	0	1
No son apropiados: se debería haber recomendado la aplicación de estos criterios, en lugar de imponerla sin mediar un diálogo o explicación	5	0	1
No sabe/no está seguro	11	2	0
No contesta	37	5	2

**Cuadro I.29: Revisiones recomendadas respecto de los criterios de admisibilidad**

Comentario	Número de países
Se requiere un sistema adecuado de S&E	3
Los criterios deberían poder adaptarse al contexto nacional, y no ser un molde uniforme	3
Mayor flexibilidad en los procedimientos de adquisición por parte del Banco	1
Las disposiciones en materia de tratamiento antirretroviral deben ser más flexibles	1
Compromiso con los "tres unos"	1
Mayor grado de gestión por parte del programa (en oposición a contratación externa)	1
Necesidad de asesoramiento técnico en cuestiones de fondo relativas al VIH/SIDA	1
Planes genuinamente estratégicos, con priorización	1

**Cuadro I.30: Número de jefes de equipo de los proyectos hasta la fecha**

Número de jefes de equipo de los proyectos	Porcentaje de países (n = 19)	MAP I (No. de países)	MAP II (No. de países)
1	21	3	1
2	37	5	2
3	26	2	3
4	11	1	1
No se formuló la pregunta	5	0	1

pecto del proyecto mediante la creación de una cuenta especial para dicho ministerio o, sencillamente, dándole más intervención (Cuadro I.16a).

***¿Tiene el Ministerio de Salud su propia cuenta especial?***

En la mayoría de los casos, el Ministerio de Salud tiene una cuenta en el Consejo Nacional de SIDA, y algunos tienen cuentas especiales correspondientes a otros proyectos de salud. No obstante, el Ministerio de Salud tenía su propia cuenta especial en el MAP únicamente en cuatro países, incluido Eritrea, donde lideraba la respuesta gubernamental. (De todos modos, los jefes de equipo de los proyectos para cinco países no respondieron a la pregunta o consignaron que no sabían; Cuadro I.16b).

***Si existe una operación de salud simultánea, ¿cuál es la relación entre las actividades del MAP y el proyecto de salud (formales e informales)? ¿Están coordinadas? ¿Son complementarias?***

En oportunidad de la entrevista, en siete países no existía un proyecto de salud simultáneo y en otro se estaba ejecutando un proyecto contemporáneo sobre SIDA y salud reproductiva que no abarcaba a todo el sistema de salud<sup>6</sup>. En casi todos los países restantes (ocho de 10) se informó que existía una buena coordinación a través de medidas que incluían utilizar las mismas contrapartes, la supervisión conjunta, y la designación de un único jefe de equipo de los proyectos para ambas operaciones. El jefe de equipo de los proyectos para un país señaló que el MAP había desplazado a algunos planes de salud distritales financiados a través de un enfoque multisectorial, y respecto de otro país, se informó que existía muy poca coordinación entre los proyectos (Cuadro I.17).

***Seguimiento y evaluación***

***¿Los indicadores efectivamente recopilados son diferentes a los establecidos en el documento de evaluación ex ante del proyecto? En caso afirmativo, ¿cuáles son esas diferencias?***

En casi la mitad de los países con proyectos acti-

vos (ocho o el 44%), se habían dejado de usar algunos de los indicadores establecidos en el documento de evaluación *ex ante* y se habían incorporado otros. En tres países, se mantuvieron los indicadores estipulados en el documento de evaluación *ex ante* y se agregaron otros, y en siete países no se registraron cambios (Cuadro I.18).

***¿Qué mecanismos se utilizan para evaluar la eficacia de las intervenciones ejecutadas por las ONG y las OBC?***

Los jefes de equipo de los proyectos informaron que ninguno de los proyectos incluía disposiciones para evaluar la eficacia o el impacto de las intervenciones de las ONG y las OBC. De los 17 países para los cuales se consignó una respuesta, alrededor de un tercio de los encuestados (seis o el 35%) señaló que no existía ningún tipo de mecanismo para evaluar la eficacia de dichas intervenciones. En otros casos, sólo se realizaba un seguimiento de los indicadores de procedimientos y productos (ocho países o el 47%) o se llevaban a cabo auditorías financieras o evaluaciones administrativas (cuatro países o el 24%). También se utilizaban evaluaciones externas en oportunidad del examen a mitad del período y visitas *ad hoc* sobre el terreno (Cuadro I.19).

***¿Qué asistencia técnica ha recibido el proyecto para llevar a cabo actividades de seguimiento y evaluación? ¿Ha sido ésta útil para elaborar esas actividades y aplicarlas al proyecto?***

En la mayoría de los casos, los proyectos recibieron algún tipo de asistencia técnica en materia de seguimiento y evaluación (S&E), generalmente de diversas fuentes, de las cuales la mencionada con más frecuencia (15 países) fue el Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA (GAMET) (Cuadros I.20a, b).

***¿Qué cuestiones deben abordarse en este país para mejorar el seguimiento y la evaluación y lograr que los resultados sean utilizados para tomar decisiones informadas?***

Únicamente en el caso de dos países, los jefes de equipo de los proyectos informaron que los sistemas de S&E funcionaban adecuadamente. Para



todos los restantes, se señaló que existía una infinidad de problemas, entre ellos: la necesidad de recopilar y divulgar información para la toma de decisiones en la periferia; la necesidad de crear incentivos; la necesidad de orientar las actividades de S&E más a los resultados que a los procedimientos; la necesidad de fortalecer la capacidad de S&E tanto a nivel del centro como de las unidades descentralizadas; la tendencia de cada donante a aplicar un conjunto diferente de indicadores; la necesidad de realizar un seguimiento de la calidad así como de la cobertura de los servicios; la falta de evaluaciones del impacto (Cuadro I.21).

### **Impacto**

***Si el proyecto ha estado activo por lo menos durante un año, ¿cuáles son actualmente los principales impedimentos para mejorar la respuesta nacional contra el SIDA? ¿El proyecto del MAP ha permitido reducir los obstáculos iniciales? ¿Cuáles?***

De acuerdo con los jefes de equipo de los proyectos para seis países, la escasa capacidad de ejecución es aún el principal obstáculo, incluida la capacidad del sector de salud, del Consejo Nacional de SIDA, de las ONG y de la sociedad civil. Los recursos financieros constituían un obstáculo en cuatro países mientras que en otros cuatro, los jefes de equipo de los proyectos señalaron que la afluencia de dinero había excedido la capacidad de absorción en razón del reducido número de recursos humanos idóneos en cuestiones relativas a la ejecución (Cuadro I.22).

***¿Cuál ha sido, hasta la fecha, el impacto, tanto positivo como negativo, de la asistencia del Banco a través del MAP, en comparación con la hipótesis de inexistencia del MAP/falta de asistencia del Banco?***

Debe tenerse presente que los países del MAP I están, básicamente, en la etapa de examen a mitad del período o próximos al cierre, mientras que muchos de los países del MAP II han estado en vigor durante escasamente un año. Los impactos principales mencionados por los jefes de equipo de los proyectos, en comparación con la hipótesis de inexistencia del MAP, fueron los si-

guientes: mayor voluntad política y movilización de la comunidad (nueve países o el 50%); mayor percepción del VIH como un problema (ocho países o el 44%); instituciones más robustas y mayor capacidad, incluidas las instituciones multisectoriales (ocho países o el 44%); impactos en otros donantes en términos de atraer dinero o de coordinación entre los donantes (seis países o el 33%); incremento del acceso a tratamiento/atención (cinco países o el 28%, de los cuales cuatro pertenecen al MAP II), y producción de bienes públicos en términos de encuestas, supervisión y documentos de estrategia (Cuadro I.23). Ninguno de los jefes de equipo de los proyectos mencionó cambios positivos de comportamiento, una disminución de las nuevas infecciones por VIH (a diferencia de las variaciones en la prevalencia del VIH), o una menor morbilidad o mortalidad<sup>7</sup>. Los jefes de equipo de los proyectos para tres países informaron impactos negativos, en términos del resentimiento de otros donantes, antagonismos entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA y la falta de transparencia en este último.

***A su criterio, ¿el MAP ha sido más o menos efectivo que un proyecto de inversión estándar sobre VIH/SIDA preparado en este país sin que mediara una necesidad urgente?***

La vasta mayoría de jefes de equipo de los proyectos consideró que el MAP era eficaz o mucho más eficaz que un proyecto de inversión estándar sobre VIH/SIDA (12 países), mientras que dos estimaron que ambos tenían la misma eficacia, y un tercero no sabía con certeza cuál era la diferencia entre un proyecto del MAP y un proyecto de inversión estándar. Uno de los jefes de equipo de los proyectos señaló que el MAP era menos eficaz en la etapa de preparación porque los proyectos se ajustaban a un modelo y no había voluntad de adaptarlos a la situación local, mientras que en la fase de ejecución era más eficaz debido a la posibilidad de adaptar el proyecto mediante una enmienda al convenio de donación para el desarrollo. Cabe señalar que sólo cuatro de los jefes de equipo de los proyectos entrevistados estaban presentes durante la preparación del proyecto, cuando se introdujo el

“modelo” y se realizaron los preparativos de urgencia, por lo cual es probable que la mayoría no estuviese familiarizada con la fase de preparación, especialmente del primer MAP. Entre las principales razones esgrimidas para afirmar que los proyectos del MAP son más eficaces, se señaló que permiten un enfoque multisectorial del VIH/SIDA, ofrecen respaldo a las comunidades, y es posible adaptarlos (Cuadro I.24).

### El futuro del MAP

***¿La disponibilidad de nuevos recursos financieros provenientes del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del VIH/SIDA (PEPFAR) ha influido en el contenido del MAP? En caso afirmativo, ¿cómo?***

De los 16 jefes de equipo de los proyectos para los 18 proyectos activos, siete (37%) señalaron que, hasta la fecha, estas otras fuentes no han tenido ningún impacto en el contenido del MAP (Cuadro I.25). En algunos de estos casos, las otras fuentes financian actividades que el MAP no financia. La otra mitad (44%) manifestó que han incidido en el contenido (3) o que prevé que lo harán una vez que comiencen a fluir los recursos (5). Estos últimos señalaron que la intervención de otros financistas ha menoscabado el efecto multiplicador del financiamiento del Banco y lo ha obligado concentrarse en sus ventajas comparativas; que, en consecuencia, el financiamiento del tratamiento podría desplazarse hacia otros donantes, y que a raíz de las grandes sumas de dinero, el gobierno y los donantes deben priorizar las actividades debido a la limitada capacidad de absorción.

***¿Qué efecto ha tenido en la pertinencia del MAP la enorme disponibilidad de fondos? ¿El enfoque sigue siendo pertinente?***

Básicamente, sólo hubo dos respuestas a esta pregunta: todavía es pertinente (dos tercios de los encuestados) y no contesta (un tercio, Cuadro I.26). Aquellos que reafirmaron la pertinencia dieron como fundamento las grandes necesidades, el enfoque singular del MAP (cen-

trado en la respuesta multisectorial y la utilización de los gobiernos locales y las ONG), y la preocupación de los gobiernos acerca de la previsibilidad y perdurabilidad de otras fuentes (en particular el Fondo Mundial). En dos casos, los encuestados señalaron que si bien el MAP aún era pertinente, debía ponerse el acento nuevamente en la prevención, habida cuenta de que los nuevos financistas se habían centrado más en el tratamiento.

***¿De qué manera, si la hubiese, modificaría usted el diseño o el enfoque de la asistencia del Banco en materia de VIH/SIDA en este país durante la próxima ronda de financiamiento?***

Un tercio de los jefes de equipo de los proyectos (cuatro del MAP I, dos del MAP II) señaló que era preciso realizar cambios en el enfoque global en términos de poner el acento en la prevención (en vista de que otros donantes financiaban el tratamiento), en el diálogo sobre políticas y estrategia, y en colaborar con los países para ayudarlos a encontrar sus propias soluciones (en lugar de ajustarse a un modelo) (Cuadro I.27). Cinco jefes de equipo de los proyectos no respondieron a la pregunta. En otras recomendaciones se señalaron cuestiones específicas del país que podrían agruparse, en términos generales, en financiamiento (cuatro o el 22%), aspectos multisectoriales (dos o el 11%) e intervenciones específicas (2).

***¿Los criterios de admisibilidad para el MAP fueron útiles y apropiados?***

Casi la mitad de los encuestados (ocho o el 42%) manifestó que los criterios de admisibilidad eran útiles y apropiados, pero prácticamente el mismo número no respondió a la pregunta (siete o el 37%). Dos de ellos disintieron y afirmaron que la contratación externa no debería haber sido obligatoria en todos los casos, pues en algunos no era apropiada, y que tampoco se deberían haber impuesto criterios de admisibilidad sin un diálogo o explicación previa<sup>8</sup>. Dos jefes de equipo de los proyectos indicaron que no sabían si los criterios de admisibilidad eran útiles o apropiados (Cuadro I.28).

***En caso de ser necesario, ¿cómo deberían ser revisados para la próxima ronda?***

Sólo respondieron a esta pregunta los jefes de equipo de los proyectos para nueve países, incluidos dos encuestados que respondieron que no estaban seguros de la manera en que debían revisarse. Los comentarios ofrecidos por los siete encuestados que proporcionaron una respuesta se incluyen en el Cuadro I.29.

***¿Cuántos jefes de equipo de los proyectos ha habido para este país desde la etapa de preparación, inclusive?***

Sólo cuatro proyectos del MAP (tres del MAP I, uno del MAP II) habían conservado el mismo jefe de equipo de los proyectos desde la etapa de preparación (Cuadro I.30). Esta cifra es asombrosamente baja para los proyectos del MAP II pues la mayoría se aprobó recientemente. De hecho, en tres proyectos del MAP II ha habido, respectivamente, tres jefes de equipo de los proyectos en el curso de dos años, mientras que en un cuarto proyecto ha habido cuatro.

***Si el jefe de equipo de los proyectos no pertenece al sector de salud, ¿qué dificultades debió afrontar, en razón de no formar parte del sector, para administrar este proyecto? ¿La administración del proyecto por personal ajeno a la esfera de la salud reporta alguna ventaja?***

Siete de los encuestados (39%) no pertenecían al sector de salud. Ninguno de ellos consideró que había tenido dificultades para administrar el proyecto y seis señalaron que existía amplia participación de especialistas en salud. Una de las ventajas de no integrar el sector de salud es la mayor credibilidad al promover un enfoque multisectorial (dos respuestas). Dos de los jefes de equipo de los proyectos manifestaron que habían aportado a los componentes impulsados por la comunidad conocimientos especializados que un colega del programa nacional de salud probablemente no podría haber aportado.

***¿Desea formular otros comentarios o plantear alguna cuestión en esta evaluación? (número de jefes de equipo de los proyectos)***

*Cuestiones a estudiar*

- ¿Es importante asignar dinero a cada ministerio? (1)
- ¿Cuáles son los mecanismos institucionales más eficientes y eficaces para conceder financiamiento a las ONG? (1)  
Redactar un informe de recapitulación sobre la respuesta de la comunidad (1)
- ¿Cuál es la manera más eficaz de intensificar las actividades? (1)
- Informe sobre la posibilidad de producir un impacto inclusive cuando el país está excluido del régimen de contabilidad en valores devengados (1)
- Los proyectos del MAP no se ocupan adecuadamente del problema de los huérfanos (1)

*Enseñanzas y comentarios*

- “Hubo una total falta de responsabilidad de los asesores del MAP en materia de contenido”; sólo se prestó atención al procedimiento. Esta actitud fue “caótica e irresponsable” y se debió, en parte, a que la preparación se realizó apresuradamente. (2)
- Hubo excesiva prisa; ahora nos encontramos con “comunidades” de cinco personas (1). La preparación de los proyectos del MAP no debió realizarse apresuradamente aunque existiesen presiones en ese sentido. En [país] no marcó una gran diferencia porque ya había un proyecto anterior sobre SIDA, pero en otros generó un bajo nivel de identificación con el proyecto y de participación de la sociedad civil así como incapacidad para ocuparse del fraude y la corrupción e incorporar la experiencia adquirida en proyectos anteriores de salud (1, citando a otros dos países).
- “No se puede resolver el problema del SIDA sin mejorar los sistemas de salud”. Es preciso aplicar este enfoque nuevamente. (2)
- La mayor parte del dinero se destinó a capacitación y seminarios, en lugar de aplicarse a la ejecución (1).
- En los países más pequeños, donde el dinero no es necesario, quizá sea más apropiado proporcionar asistencia técnica (1).
- La enorme suma de dinero proveniente del

Fondo Mundial está distorsionando el diálogo sobre políticas, la identificación con el proyecto, y exige más tiempo de todas las partes sobre el terreno. Si se tiene en cuenta que los salarios representan el 75% del presupuesto del Ministerio de Salud, se observa que la suma que ingresa para combatir el SIDA es muy superior al presupuesto ordinario no salarial del Ministerio de Salud. (1)

- No se entiende en qué consiste el “enfoque del MAP” (1).
- La Iniciativa sobre Resultados Rápidos surge desde la base, pero no existe consenso en el estrato superior para modificar las normas; el Banco no puede eximir del cumplimiento de las directrices sobre comparación nacional de precios durante un plazo de tres meses. El

modelo de Accelerating Results Together (aceleremos juntos los resultados), que se usa desde 1992, también permite obtener resultados en 100 días (1).

#### Recomendaciones

- Todos los jefes de equipo de los proyectos deberían recibir capacitación sobre cuestiones de fondo durante dos semanas (un jefe de equipo de los proyectos que no pertenece al sector de salud).
- Una ventaja importante es el trabajo sobre el terreno del jefe de equipo de los proyectos (1).
- El Ministerio de Salud todavía precisa un alto nivel de asistencia (1).
- El próximo MAP debe ser simple (1).

---

## APÉNDICE J: ENCUESTA A LOS DIRECTORES DEL BANCO MUNDIAL A CARGO DE LAS OPERACIONES EN LOS PAÍSES DE ÁFRICA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA MULTINACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA

---

El Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) entrevistó a 16 directores a cargo de las operaciones en los países, tanto actuales como anteriores, responsables de 26 de los 28 proyectos nacionales activos del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África (véase el anexo). Toda vez que fue posible, se entrevistó al actual director y al que desempeñaba el cargo en oportunidad de la aprobación del proyecto. En muchos casos se trataba de la misma persona, y cada director tenía a su cargo de uno a cuatro países. En total, se entrevistaron dos directores para siete países y un único director para 19 países. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de junio y julio de 2004.

El entrevistador formuló 10 preguntas abiertas sobre los siguientes temas:

- Diálogo sobre políticas a nivel nacional.
- La importancia de la asistencia del Banco (con inclusión de las ventajas comparativas de la asistencia del Banco y la pertinencia del enfoque del MAP en el pasado y en el presente).
- El SIDA y la asignación de los recursos en la cartera del país.
- La eficacia de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA a través del MAP.

Por último, se incluyó una pregunta que permitía a los encuestados plantear las cuestiones que, en su opinión, debían ser abordadas en relación con la evaluación del DEO.

Este anexo contiene una síntesis de las respuestas de los directores a cargo de los países. En muchos casos, las respuestas no se excluyen mutuamente porque el encuestado señaló varias

cuestiones en una sola respuesta. En esos casos, se incluye una nota al pie del cuadro. Los encuestados debieron responder las preguntas en relación con cada país a su cargo y, cuando es posible, éstas se presentan a nivel tanto de los encuestados (muestra máxima de 16) como de los países (muestra máxima de 26). En unos pocos casos, sin embargo, las respuestas fueron demasiado generales y no fue posible atribuir las a países específicos; por lo tanto, sólo se muestran los resultados para la muestra de 16 directores a cargo de las operaciones en los países.

### **Insumos: Participación de los directores a cargo de los países en el diálogo sobre políticas en materia de VIH/SIDA**

Se preguntó a los directores a cargo de los países si habían participado en diálogos sobre políticas en materia de VIH/SIDA y, en caso afirmativo, cuál había sido su contenido, quiénes habían participado y qué grado de éxito se había alcanzado. La pregunta fue respondida por 15 directores, que representaban a 25 de los 26 países con proyectos del MAP, y todos declararon haber participado de alguna manera en un diálogo sobre políticas (Cuadro J.1). En su gran mayoría, los diálogos versaron sobre la promoción del concepto del MAP tanto en el país como entre los donantes (o ambos); en esta actividad intervino el 75% de los directores y casi dos tercios de los países. Cinco de estos directores mencionaron que la administración superior del Banco Mundial (el Presidente o el Vicepresidente Regional para África) o funcionarios de alto nivel de otros organismos donantes habían participado en los diálogos en cinco países (no se incluye).

**Cuadro J.1: Participación del director a cargo del país en el diálogo sobre políticas en materia de VIH/SIDA**

Cuestión	Directores a cargo de países (n = 15)		Países (n = 25)	
	No.	%	No.	%
Sensibilización de la opinión pública, el VIH en relación con la estrategia nacional, fomento de la participación del gobierno en el MAP	11	73	16	64
Facilitar la colaboración con los asociados para el desarrollo y atenuar las relaciones tensas o la resistencia a los proyectos del MAP <sup>a</sup>	6	40	6	24
Solución de problemas operacionales	5	33	6	24
Tensiones entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA u otros organismos	4	27	5	20
Prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA, con inclusión del diálogo sobre tratamiento antirretroviral	3	20	5	20

*Nota:* Las respuestas no se excluyen mutuamente.

a. Uno de los directores mencionó que los donantes se habían opuesto activamente al MAP en uno de los países.

En un quinto de los países, el director intervino para aliviar las tensiones entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de SIDA multisectorial u otros organismos, que se habían originado, en parte, en las nuevas instituciones promovidas por el MAP. La magnitud de la participación de los directores a cargo de los países en diálogos sobre cuestiones de fondo, como la relativa importancia de la política en materia de prevención y aspectos relativos al tratamiento,

fue relativamente pequeña y sólo involucró a un quinto de los países y los directores.

### Pertinencia de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA

#### Ventaja comparativa del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA

Se preguntó a los directores cuál era, en su opinión, la ventaja comparativa o el “valor agre-

**Cuadro J.2: Ventaja comparativa del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Países (n = 26)	
	No.	%	No.	%
Acceso a funcionarios superiores, poder de convocatoria, capacidad para establecer programas y realizar campañas de sensibilización	14	88	17	65
Perspectiva multisectorial, capacidad para trabajar a escala nacional en lugar de a una escala geográfica o sectorial limitada, para convertir al SIDA en un tema de desarrollo	9	56	11	42
Capacidad para movilizar grandes sumas de dinero y facilitar el acceso a los conocimientos	6	40	12	46
Capacidad para crear instituciones y procedimientos operacionales y para promover el orden y la disciplina en la toma de decisiones por el sector público	6	40	7	27
Capacidad para adoptar medidas con celeridad y de manera flexible	2	13	5	19
Voluntad de asumir riesgos	2	13	2	8
Participación anterior en el sector de salud	1	6	1	4

*Nota:* Las respuestas no se excluyen mutuamente.

gado” que tenía el Banco para combatir el VIH/SIDA en los países que estaban o habían estado a su cargo. La vasta mayoría (88%), que representaba aproximadamente a dos tercios de los países, manifestó que la principal ventaja comparativa del Banco reside en que tiene acceso a los funcionarios superiores, poder de convocatoria y capacidad para establecer programas y realizar campañas de sensibilización (Cuadro J.2). Más de la mitad de los directores mencionaron la perspectiva multisectorial del Banco, su capacidad para trabajar a escala nacional y para convertir al SIDA en un tema de desarrollo. También hubo varias menciones de su capacidad para movilizar dinero y conocimientos especializados y para crear instituciones y procedimientos así como para promover el orden y la disciplina en la toma de decisiones por el sector público.

### ¿Se han aprovechado en el MAP estas ventajas comparativas?

Se preguntó a los directores si se habían aprovechado en el MAP estas ventajas comparativas y si consideraban que los proyectos del MAP te-

nían ventajas o desventajas inherentes en comparación con las otras maneras de combatir el SIDA incluidas en el programa de trabajo nacional y en la cartera de préstamos. Esta pregunta constaba, esencialmente, de dos partes, y sólo tres directores respondieron a la primera: dos (a cargo de seis países) consideraron que las ventajas comparativas del Banco estaban insertas totalmente en el MAP, mientras que el tercero (refiriéndose a un país) señaló que la preparación se realizaba con demasiada prisa y que el personal debería haber emprendido y usado estudios sectoriales.

Los resultados de la segunda parte de la pregunta, respecto de las ventajas y desventajas en comparación con otras maneras de combatir el VIH, se muestran en el Cuadro J.3. Poco más de un tercio de los directores objetó la premisa implícita en la pregunta, que existen alternativas (que ellos interpretaron como sustitutos) del MAP para abordar las ventajas comparativas del Banco, señalando que pueden emprenderse muchas actividades complementarias para alcanzar un objetivo. La cuarta parte de los directores indicó que el MAP era una actividad a corto plazo

**Cuadro J.3: Ventajas y desventajas de los proyectos del MAP en comparación con las alternativas**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)	
	No.	%
El MAP y los otros instrumentos y estudios sectoriales se complementan, no son sustitutos; es preciso trabajar en pos de objetivos y cuestiones en lugar de sectores o instrumentos	6	38
En el más largo plazo, un enfoque multisectorial con apoyo presupuestario para combatir el VIH sería la opción más adecuada	4	25
Ventajas del MAP:	4	25
• Gran visibilidad		
• Reestructuración de toda la cartera a fin de incluir la lucha contra el VIH		
• Procedimientos de adquisición más adecuados y rápidos		
• La rápida preparación tuvo en cuenta el carácter urgente de la lucha contra el VIH		
Desventajas del MAP:	4	25
• El enfoque de emergencia planteó problemas; debería haberse basado en estudios sectoriales, pero no fue así		
• El MAP no es una solución a largo plazo		
• No se logró el grado suficiente de identificación del país con el proyecto y se deterioraron las relaciones con los asociados para el desarrollo	4	25
No contesta	3	19

Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

con un objetivo a largo plazo, razón por la cual ellos consideraban más adecuado el apoyo presupuestario a través de una operación multi-sectorial o un crédito de apoyo a la lucha contra la pobreza que incluya al SIDA. Por último, el 25% de los directores incluyó un breve párrafo respecto de los aspectos del enfoque del MAP que,

a su criterio, constituían ventajas y desventajas (aunque no lo compararon con alternativas).

**El impacto del aumento de la asistencia de los donantes en la pertinencia del MAP**

Se preguntó a los directores a cargo de los países de qué manera (si la hubiese) la disponibi-

**Cuadro J.4: El impacto del aumento de la asistencia de los donantes en la pertinencia del MAP**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Comentarios de los directores
	No.	%	
Es preciso modificar la estrategia o las políticas operacionales del Banco	10	63	El Banco debería reducir gradualmente las sumas de dinero y concentrarse en las instituciones, el examen fiduciario, otros conocimientos especializados y el uso adecuado del dinero. El Banco debe establecer sinergias entre su labor y la del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Banco debe armonizar la política y los procedimientos con otros donantes. Si otros deciden financiar los medicamentos, precisarán que el apoyo del Banco se destine al sistema de salud, apoyo complementario.
No es necesario modificar el enfoque del Banco	4	25	Aunque se incorporen otros donantes, de todos modos seguirá habiendo una necesidad insatisfecha en materia de financiamiento del tratamiento. La falta de contexto político en el Fondo Mundial es una de las razones para seguir participando.
No contesta	2	13	
<i>Comentarios adicionales</i>			
La capacidad de absorción sigue siendo reducida y ese es el verdadero problema; la llegada de nuevos recursos financieros exacerbará las dificultades	6	38	9 países
Pocos de estos recursos externos adicionales se han desembolsado efectivamente	4	25	11 países
El Banco puede facilitar el uso de los recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, como ya se ha demostrado	4	25	5 países
Las instituciones internacionales favorecen a los países de habla inglesa, en consecuencia seguirá habiendo necesidades en los países de habla francesa	1	6	

*Nota:* Las respuestas se excluyen mutuamente; los "comentarios adicionales" no son excluyentes.



**Cuadro J.5: La asignación en la cartera del país de recursos destinados a combatir el VIH/SIDA en comparación con otros usos**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16) <sup>a</sup>		Países (n = 26) <sup>a</sup>	
	No.	%	No.	%
Prácticamente justa	11	69	16	62
Riesgo de sobrefinanciamiento en comparación con la capacidad de absorción u otras prioridades	4	25	6	23
No tiene importancia que las asignaciones sean o no muy elevadas; la capacidad de absorción es el principal problema	2	13	3	12
No respondieron a la pregunta	2	13	4	15
<i>Comentarios adicionales</i>				
La capacidad institucional/de absorción y la posibilidad de usar eficazmente los fondos disponibles es motivo de preocupación	8	50	9	35
Se necesitarán fondos adicionales (especialmente si se incluye el financiamiento del tratamiento antirretroviral)	2	13	3	12

*Nota:* a. Las respuestas correspondientes a los directores y a los países suman más de 16 ó 26 (y más del 100%) en razón de que algunos directores dieron respuestas diferentes para cada uno de los dos o más países a su cargo y, en el caso de algunos países, se encuestó a directores que habían desempeñado la función durante períodos de tiempo diferentes y expresaron distintas opiniones. Los comentarios adicionales no se excluyen mutuamente.

alidad de nuevas fuentes internacionales de financiamiento para la lucha contra el VIH/SIDA (el Fondo Mundial, la iniciativa del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del VIH/SIDA (PEPFAR) del Gobierno de los Estados Unidos, las fundaciones y los donantes bilaterales) había afectado la pertinencia del MAP y la asignación de recursos del Banco para combatir el VIH/SIDA. ¿Hay aún capacidad de absorción para usar los recursos eficazmente? ¿Debería el Banco reorganizar o adaptar su enfoque y, de ser así, cómo?

Casi dos tercios de los directores consideraron que la estrategia del Banco cambiaría o debería cambiar, y mencionaron la oportunidad de mejorar las instituciones y la eficacia en el uso de los recursos, la necesidad de complementar el financiamiento de medicamentos antirretrovirales con inversiones en el sistema de salud, y la necesidad aún más urgente de armonizar los procedimientos de los donantes (Cuadro J.4). Sólo uno de cada cuatro directores estimó que no era preciso realizar cambios.

## La asignación de los recursos en la cartera del país

### *La asignación de recursos destinados a combatir el SIDA en comparación con otras prioridades*

Se preguntó a los directores si el actual nivel de financiamiento para la lucha contra el VIH/SIDA en los países a su cargo era muy alto, muy bajo o prácticamente justo, en comparación con otras cuestiones de desarrollo en la cartera. Si era muy alto o muy bajo, se les pidió que incluyeran una explicación.

Las tres cuartas partes de los directores, a cargo de alrededor de dos tercios de los países, consideraron que las actuales asignaciones eran prácticamente justas, mientras que el resto opinó que existía un riesgo de sobrefinanciamiento en comparación con la capacidad de absorción u otras prioridades (Cuadro J.5). A este respecto, varios directores señalaron que el nivel de financiamiento es irrelevante si la capacidad de ab-

**Cuadro J.6: ¿El financiamiento del MAP es adicional a los recursos de la AIF?**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Países (n = 26) <sup>c</sup>	
	No.	%	No.	%
No, el financiamiento del MAP no es adicional	7	44	9	39
No sabe	6	38	7	30
Un director contestó que no era adicional; otro no sabía			3	13
Un director contestó que era adicional; otro no sabía			1	4
Sí, era incremental o movilizó financiamiento adicional para el programa global del país	3	19	3	13
<i>Comentario adicional:</i>				
No tenía importancia porque no existían limitaciones en términos de disponibilidad de fondos de la AIF	6	38	11	48

*Nota:* Los países suman más de 23 debido a que, en el caso de dos de ellos, la pregunta fue respondida por más de un director y sus respuestas fueron diferentes.

**Cuadro J.7: ¿El MAP y el financiamiento para combatir el VIH/SIDA están desplazando al financiamiento de la atención de la salud?**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Países (n = 26)	
	No.	%	No.	%
No, no están desplazando al financiamiento de la atención de la salud	14	93	23	88
Sí, están desplazando al financiamiento de la atención de la salud	1	7	2	8
No sabe con certeza	1	7	2	8
<i>Comentarios adicionales de los directores que consideraron que no existía desplazamiento:</i>				
El MAP y el financiamiento de la atención de la salud son paralelos y se complementan	5	33	5 <sup>a</sup>	19
La disponibilidad de tiempo del personal y la administración del Banco para cuestiones relativas a la salud y al SIDA constituye un obstáculo	2	13	3	12
Es posible que el MAP esté absorbiendo personal de salud que integraba el sistema de salud	1	7	3	12

*Nota:* Las respuestas de los directores se excluyen mutuamente. El total de los países es superior a 26 (y al 100%) debido a que los directores a cargo de dos países durante dos períodos de tiempo diferentes expresaron conclusiones opuestas (uno consideró que existía desplazamiento y el otro, que no lo había).

a. Por lo menos cinco países (19%) y tal vez hasta ocho (31%). (El director mencionó "varios" de los países a su cargo).

sorción es el factor limitativo. Ninguno de los directores indicó que se destinaban pocos recursos para combatir el VIH/SIDA en los países a su cargo.

#### **Adicionalidad de los recursos del MAP**

En oportunidad de proponerse el MAP, también

se señaló que los recursos de la AIF destinados al VIH a través del MAP serían adicionales a las asignaciones de la AIF a los países y, por lo tanto, los recursos destinados a otros programas no sufrirían una merma. Se preguntó a los directores si, de acuerdo con su experiencia, los recursos del MAP eran adicionales a la asignación de la AIF

**Cuadro J.8: Principales logros hasta la fecha de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA**

Respuesta	MAP I (n = 11)		MAP II (n = 13)		Total (n = 24)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mayor sensibilización y voluntad política	9	82	8	62	17	71
Mejor coordinación, armonización de los donantes; atrajo recursos de otros donantes	0	0	7	54	7	29
Mejoras en la respuesta de la sociedad civil/las ONG	3	27	3	23	6	25
Disminución de la prevalencia del VIH en comparación con la hipótesis	3	27	0	0	3	13
Estableció la credibilidad institucional y técnica del Banco ante los donantes	0	0	2	15	2	8
Se creó el marco institucional del MAP en el ámbito nacional	1	9	0	0	1	4
Otros logros	1	9	5	38	6	25
➔ Expansión de la distribución de preservativos, el asesoramiento y las pruebas voluntarias, intervenciones sobre huérfanos						
➔ Mejoras en materia de transfusión de sangre						
➔ Fomento del acceso a tratamiento						

*Nota:* Las respuestas no se excluyen mutuamente. La videoconferencia con un director a cargo de dos países finalizó antes del tiempo previsto; en consecuencia, no se obtuvieron respuestas.

para cada país y se les pidió que sustentaran su opinión.

Sólo tres directores, a cargo del mismo número de países, pudieron confirmar la “adicionalidad” de los recursos del MAP. El 44% de los directores manifestó que tenía la certeza de que los recursos del MAP no eran adicionales, y más de un tercio (38%) dijo no estar seguro (Cuadro J.6). De cualquier modo, todo indicaría que en muchos casos la cuestión de la adicionalidad no llegó a plantearse debido a que los recursos de la AIF eran suficientes para incluir al MAP (un comentario ofrecido espontáneamente por el 38% de los directores en relación con la capacidad de absorción). Uno de los directores señaló que el verdadero factor limitativo es la disponibilidad de personal del Banco y los presupuestos para la preparación y la supervisión, no así el dinero.

### **El MAP y el financiamiento de la salud**

En relación con el tema de la asignación de los recursos en el presupuesto de la AIF, se preguntó a los directores si existían datos que indicaran que el MAP u otros medios de financiamiento para combatir el VIH/SIDA habían “desplazado” al

financiamiento de la salud en los países a su cargo. La vasta mayoría (93% de los directores a cargo del 88% de los países encuestados) sostuvo que el financiamiento del MAP no había tenido un impacto negativo en la disponibilidad de fondos para proyectos de salud (Cuadro J.7). De hecho, un tercio de los directores señaló que en cinco países coexisten operaciones del MAP y de salud que son complementarias. No obstante, algunos directores manifestaron que, si bien la disponibilidad de fondos provenientes del Banco no constituía un problema, el MAP podía estar absorbiendo tiempo del personal y la administración del Banco o personal de la esfera de salud del ámbito nacional que de otro modo se dedicaría a operaciones o actividades en el sector de salud.

### **La eficacia de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA a través del MAP**

#### **Principales logros, hasta la fecha, de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA**

Se preguntó a los directores cuáles eran, en su opinión, los principales logros alcanzados hasta

la fecha gracias a los esfuerzos emprendidos por el Banco para combatir el VIH/SIDA en los países a su cargo, *en comparación con la hipótesis de la no intervención del Banco en esta esfera*<sup>1</sup>. También se les pidió que mencionaran las áreas problemáticas. Al interpretar las respuestas a estas preguntas, es importante tener presente que algunos de los proyectos del MAP

II se habían aprobado recientemente mientras que los proyectos del MAP I estaban funcionando, en promedio, desde hacía varios años. En consecuencia, los resultados se muestran en forma separada para los países del MAP I y el MAP II.

Casi todos los logros mencionados estaban relacionados con la ejecución y los productos intermedios. De acuerdo con las respuestas, hubo

**Cuadro J.9: La eficacia del MAP en comparación con un proyecto de inversión estándar**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Comentarios
	No.	%	
El MAP es más eficaz	3	19	Teóricamente es más eficaz debido a la orientación a los resultados, el grado de intensidad de la supervisión y los mayores recursos. Efecto señalizador del MAP. Dimensión multisectorial, participación del presidente y la sociedad civil en vista de los obstáculos que enfrenta el sector público en materia de ejecución.
El MAP es menos eficaz/ importantes desventajas	3	19	Capacidad para poner en marcha operaciones regionales en múltiples países. No se tienen en cuenta las condiciones locales (el Banco insiste en que el VIH no constituye una cuestión del ámbito de la salud y establece la entidad multisectorial en la órbita de la presidencia, pese a la firme opinión local en sentido contrario). Distanciamiento del donante y el organismo de Naciones Unidas asociados. Debido a la excesiva "focalización en el desembolso, con un enfoque de arriba abajo, perdimos credibilidad y dejamos de prestar atención a las verdaderas prioridades... hubiese sido preferible dedicar los recursos a las principales prioridades".
Igualmente eficaz	3	19	En ambos casos, los proyectos plantean los mismos problemas operacionales, como la falta de fondos de contrapartida. "En cuanto al uso de un modelo, este enfoque realmente no ha permitido acelerar nada". "El MAP ha planteado los mismos problemas que otros proyectos... la falta de preparación y la dependencia de un marco institucional que aún no se había creado". "Lo importante es ir más allá del instrumento... y definir correctamente el problema".
Cada uno tiene ventajas y desventajas	1	6	En el MAP se han simplificado los requisitos del Banco en materia de adquisiciones y son una "forma extrema de desarrollo impulsado por la comunidad", una "evolución inevitable"; pero dan lugar a que se abuse de los viáticos.
No reconoce diferencia alguna entre el MAP y un proyecto de inversión estándar	4	25	
No contesta	2	13	

Nota: Las respuestas se excluyen mutuamente.

un aumento de la sensibilización y la voluntad política en más de la mitad de los países del MAP I y del MAP II (71% en total), mientras que uno de cada cuatro encuestados señaló que se habían registrado mejoras en la respuesta de la sociedad civil (en términos de la participación de las ONG y el fortalecimiento de su capacidad) para ambas fases del MAP (Cuadro J.8). Los directores a cargo de alrededor de la mitad de los países del MAP II consideraron como principal logro el mejoramiento de la coordinación o armonización de los donantes, que incluyó la obtención de recursos de otros donantes. Los directores a cargo de uno de cada cuatro países mencionaron la ampliación de los servicios. En tres países —todos pertenecientes al MAP I— los directores opinaron que, probablemente, la prevalencia del VIH

era menor de lo que hubiera sido sin el proyecto. En general, no sustentaron estas afirmaciones<sup>2</sup>.

Es notable que ninguno de los directores mencionara un impacto de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA en el cambio de comportamiento, como, por ejemplo, un aumento en el uso de preservativos, una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales con parejas ocasionales o comerciales, o el aumento de la edad a la que se produce la iniciación de las actividades sexuales. El comportamiento es el canal a través del cual los resultados del programa generan un cambio en la transmisión del VIH y reducen su incidencia. Si bien esto no significa que no se ha producido un cambio de comportamiento, podría indicar que: a) los encuestados no asocian los

**Cuadro J.10: Impacto de los créditos de la AIF en el efecto multiplicador del Banco y en la responsabilidad y la identificación del prestatario**

Respuesta	Directores a cargo de países (n = 16)		Países (n = 26)	
	No.	%	No.	%
Se ha modificado la relación	8	50	11	42
No ha habido cambios en la relación	4	25	9	35
La cuestión relativa a las donaciones o los créditos no constituye un problema, no se ha planteado o es muy pronto para deducir una conclusión	4	25	6	23
<i>Comentarios adicionales formulados por aquellos que consideran que la relación ha cambiado</i>				
Incrementará el efecto multiplicador del Banco	3	19	6	23
Ha facilitado enormemente la participación del Banco en la lucha contra el SIDA	1	6	2	7
El Ministerio de Hacienda teme que las donaciones le permitirán al Banco imponer con más facilidad su propio plan de acción	1	6	1	4
Ha promovido la participación en cuestiones transfronterizas	1	6	1	4
No redujo la identificación o la responsabilidad del gobierno (incluido un comentario en el sentido de que las donaciones también requieren aportes de contrapartes)	2	13	4	15
Debido a que pueden ser transferidas más rápidamente a la sociedad civil, las donaciones podrían intensificar la identificación del país con el proyecto, aunque no necesariamente la del prestatario.	1	6	1	4

*Nota:* Las respuestas se excluyen mutuamente; los comentarios adicionales no son excluyentes.

cambios de comportamiento con el “impacto”; b) se carece de datos de referencia o sobre las tendencias que servirían de base para emitir una opinión, o c) el director en cuestión no posee conocimientos específicos en esta esfera.

En el caso de seis países, se mencionó que existían problemas respecto de la ejecución y el impacto de la asistencia del Banco para combatir el VIH/SIDA:

- Baja calidad de los subproyectos y lentitud en la formulación de planes de acción fuera del Ministerio de Salud.
- Capacidad limitada, tanto en el país cliente como en el Banco.

Se señalaron los siguientes problemas específicos del MAP:

- En los hechos, se notan pocos resultados. “Se trata, estrictamente, de un problema relativo al MAP” (en referencia a dos países del MAP I).
- El Banco se apresuró a preparar el MAP en tres meses y luego fueron necesarios nueve meses para que entrara en vigor. Este hecho “impuso un ritmo forzado y tuvo consecuencias”, mientras que en los proyectos sobre SIDA no pertenecientes al MAP se trabajó en “forma ordenada y creíble”.
- “El Ministerio de Salud defendía con gran celo sus prerrogativas y tuvimos fuertes discusiones con el ministro. Existe el riesgo real de que los funcionarios directamente involucrados no pongan el debido entusiasmo ni participen en la medida que deberían hacerlo”.

#### ***La eficacia del MAP en comparación con los proyectos de inversión estándar***

Se preguntó a los directores si la eficacia del MAP en cuanto instrumento para alcanzar los objetivos de detener la epidemia de VIH/SIDA había sido mayor o menor que la de un proyecto de inversión estándar. Asombrosamente, uno de cada cuatro directores no veía diferencia alguna entre estos dos tipos de operaciones (Cuadro J.9). Los encuestados que respondieron a la pregunta se dividieron en partes iguales entre los que consideraban que el MAP era más, menos o

igualmente eficaz que un proyecto de inversión estándar. Las ventajas del MAP mencionadas incluyeron su dimensión multisectorial, la participación del presidente y la sociedad civil, la orientación a los resultados, los mayores recursos destinados a supervisión y la capacidad para poner en marcha operaciones regionales. En cuanto a los factores que incidían para que el MAP fuese menos eficaz que un proyecto de inversión estándar, se mencionó la falta de preparación de los proyectos y el hecho de que el uso de un modelo no permitiese tener en cuenta las condiciones y prioridades locales.

#### ***El impacto de las donaciones en la influencia que ejerce el Banco en los prestatarios***

Se preguntó a los directores si el paso de los créditos de la AIF (durante el MAP I) a las donaciones para combatir el SIDA (durante el MAP II) había modificado —y de ser así, en qué medida— la relación del Banco con los prestatarios, o su influencia, así como la responsabilidad y la identificación de estos últimos con el proyecto. La mitad de los directores consideró que había producido un cambio en la influencia del Banco —generalmente, aumentando su participación— mientras que la otra mitad no observaba cambio alguno o afirmaba que la cuestión no se había planteado durante su permanencia en el cargo o estimaba que no había transcurrido el tiempo suficiente para poder emitir una opinión. Muy pocos encuestados incluyeron comentarios sobre el impacto en la responsabilidad y la identificación del prestatario con el proyecto; dos señalaron que no se habían registrado cambios y un tercero marcó la diferencia entre el efecto en la identificación del país y la del gobierno (Cuadro J.10).

#### ***Otras cuestiones planteadas por los directores a cargo de las operaciones en los países***

Por último, se preguntó a los encuestados si deseaban señalar alguna otra cuestión o emitir opinión respecto de los proyectos del MAP o sobre la asistencia para combatir el SIDA en general en los países a su cargo. Las cuestiones planteadas incluyeron las siguientes:

- *La responsabilidad.* 1) Se corre el riesgo de que el Banco esté desembolsando fondos en exceso y sin controles suficientes en relación con las operaciones del MAP. Se informó que el Ministerio de Salud del país argumentaba que era preciso prolongar la situación favorable y que los fondos debían desembolsarse, aunque evitando aplicar el “concepto de responsabilidad”. Existen problemas para optimizar los recursos y exigir que se rindan cuentas. 2) La cuestión de la responsabilidad sigue planteando dificultades y los costos aumentan; hay obstáculos reales que impiden intensificar las actividades sin incrementar los costos.
- *La coordinación de los donantes y la situación internacional.* 1) “Considero que la situación internacional en la esfera del VIH es confusa; hay muchos participantes. Sería muy beneficioso para nuestros países que pudiéramos ofrecerles una orientación institucional más amplia, concertada a nivel de la administración superior y entre las instituciones internacionales involucradas”. 2) La cuestión relativa a la coordinación entre los donantes, y la armonización y simplificación de sus procedimientos debe plantearse a nivel de la administración superior en la sede de los donantes, y no simplemente a nivel de los países o del personal que lleva a cabo las actividades. 3) Con el tiempo, el Banco debería reducir las actividades de lucha contra el SIDA y pasar la antorcha al Fondo Mundial, aunque aún no ha llegado el momento de hacerlo. El Banco debería retirarse si se comprueba que el MAP impide al Fondo Mundial movilizar financiamiento de donantes.
- *El aspecto multisectorial en la práctica.* Los prolongados preparativos para [país x] fueron consecuencia de la “pesada carga que impuso el aspecto multisectorial”. “Este tipo de enfoque entraña procedimientos burocráticos que llevan meses o años”. “Los desembolsos han sido lentos”. “El mensaje de que el VIH plantea un problema para el desarrollo es importante, pero deberíamos trabajar con los gobiernos y luego ampliar el espectro durante la ejecución”.
- *Las limitaciones en materia de capacidad de absorción.* En muchos países, estas limitaciones revisten capital importancia y se intensifican a medida que aumentan las sumas de dinero asignadas a la lucha contra el VIH/SIDA.
- *Seguimiento y la evaluación.* Es preciso promover y organizar actividades de seguimiento y evaluación en tiempo real, que permitan sobrepasar los límites del trabajo formal a largo plazo.
- *La autosatisfacción.* ¿Qué podemos hacer para evitar la autosatisfacción en el Banco y entre nuestros clientes ahora que la lucha contra el VIH forma parte de la actividad habitual?
- *Los nuevos instrumentos.* ¿Qué sucederá con la lucha contra el VIH/SIDA cuando sea incorporada en los créditos de apoyo a la lucha contra la pobreza? ¿Cuál será, o debería ser, la base sectorial de jefes de equipo de los proyectos?
- *Los recursos destinados a supervisión.* Uno de los directores sostuvo que los recursos adicionales proporcionados por el MAP para tareas de supervisión no son necesarios, habida cuenta de que los proyectos del MAP no superan el nivel medio de complejidad y el “aprendizaje con la práctica” no es superior al de otros proyectos<sup>3</sup>.

**Anexo: Cobertura de países**

<b>MAP I (12 países)</b>	<b>MAP II (16 países)</b>
Benin	Burundi
Burkina Faso	Cabo Verde
Camerún	Congo, República Democrática del
Eritrea	Congo, República del
Etiopía	Guinea-Bissau
Gambia	Malawi
Ghana	Malí
Kenya	Mauritania
Madagascar	Níger
Nigeria	Rwanda
República Centroafricana	Senegal
Uganda	Sierra Leona
	Tanzanía
	Zambia



---

## APÉNDICE K: DECLARACIÓN DEL GRUPO DE ASESORES EXTERNOS

---

El Grupo de Asesores Externos acoge con beneplácito esta amplia evaluación de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA. Observamos que el Banco Mundial, si bien ha participado en la asistencia relacionada con la lucha contra el VIH/SIDA desde 1986, amplió mucho su intervención después de 1998. En sí, esta oportuna e importante evaluación se ha realizado después de haber transcurrido menos de siete años desde que el Banco Mundial amplió el monto del financiamiento y el número de países receptores de apoyo para la lucha contra el VIH/SIDA. Puesto que ésta es todavía una etapa inicial, no es sorprendente que sea difícil evaluar el verdadero impacto de la asistencia del Banco Mundial en los países, particularmente en las metas definitivas de reducir la incidencia de la infección por el VIH y mitigar el impacto de la epidemia. No obstante, hay importantes observaciones y recomendaciones en el informe; si se cumple a cabalidad con las recomendaciones, mejorará mucho la capacidad que tiene el Banco Mundial de demostrar su efecto en el futuro.

El Banco Mundial, pese a no haberse considerado siempre una fuente importante de asistencia para el desarrollo en el campo de la salud, ha sido uno de los mayores proveedores de apoyo a las actividades de lucha contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo. Las estrategias y medidas del Banco relacionadas con la lucha contra el VIH/SIDA han evolucionado en forma clara con el transcurso del tiempo y será indispensable que sigan haciéndolo en el futuro, a medida que el mundo aprende más sobre lo que surte efecto y que cambia el panorama de la epidemia y la respuesta mundial. Esperamos que el presente informe ayude a estimular el diálogo dentro del Banco. En particular, en vista del nuevo liderazgo del Banco Mundial, éste es un momento importante para usar las recomendaciones de la evaluación con el objeto de fortalecer más la respuesta del Banco.

En general, el Grupo de Asesores Externos desea ría recalcar nuestra creencia en la solidez de la evaluación y nuestro respaldo a sus resultados. Los comenta-

rios hechos a continuación deberán entenderse en ese contexto.

En la evaluación falta quizá la recomendación más importante y urgente: el trabajo no ha terminado. El Grupo de Asesores Externos cree firmemente que el Banco Mundial debe sostener su compromiso de convertir la lucha contra el VIH/SIDA en una prioridad central de su estrategia de reducción de la pobreza. Aun con la mayor participación de otros actores (el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Gobierno de los Estados Unidos, el sector privado, entre otros), el Banco Mundial sigue teniendo su propia ventaja comparativa para responder al SIDA y una función crucial que desempeñar como copatrocinador del ONUSIDA.

El Grupo de Asesores Externos cree que el Banco Mundial debe adoptar una estrategia general de lucha contra el VIH/SIDA, algo no realizado hasta la fecha, a pesar de la adopción de varias estrategias regionales y sectoriales. El hecho de que el Banco Mundial no tenga en realidad una verdadera estrategia institucional parece una falta de previsión. Creemos que el desarrollo y la adopción de esa estrategia sería un paso importante, que ayudaría a la priorización mundial y nacional de las actividades pertinentes. Una estrategia de esa índole debe responder a las lecciones de la evaluación y la evolución de la epidemia prestando particular atención a la necesidad de hacer inversiones sólidas y sostenidas en mitigación en los países más duramente afectados y a la continua incertidumbre y al riesgo relacionados con el surgimiento de nuevos sitios en otras partes del mundo donde la situación epidémica es crítica. Una nueva estrategia debe estar arraigada en un análisis con visión hacia el futuro y, además, aprovechar las lecciones del pasado. En particular, el Banco Mundial debe trabajar con los países para apoyar la institucionalización de la prevención, el cuidado y la mitigación de la infección por el VIH en estructuras dotadas de sostenibilidad política, financiera e institucional: el sistema de salud en general, el sistema de educación, el sistema de protección social y así

sucesivamente. La infección por el VIH estará con nosotros al menos por una generación más.

El Grupo de Asesores Externos señala que la evaluación ha demostrado que los proyectos del Banco a veces “han dejado de alcanzar a la población con los patrones de comportamiento de máximo riesgo”, lo cual, a su vez, probablemente “ha reducido la eficiencia y el impacto de la asistencia”. Como resultado, el Grupo concuerda en que el Banco debe tratar de animar y apoyar a los gobiernos para priorizar los “bienes públicos” y la “prevención entre las personas con más probabilidades de propagar el VIH”. No obstante, hacemos dos salvedades.

Con razón, los términos de referencia de la evaluación se restringieron al impacto de las inversiones relacionadas con el VIH. Sin embargo, no es ilógico suponer que los análisis de costo-beneficio de diferentes estrategias de intervención y, por lo tanto, la selección de prioridades apropiadas pueden ser sumamente diferentes si se incluyen en el análisis otros beneficios potenciales, por ejemplo el logro de otros objetivos de salud sexual y reproductiva, el control de la tuberculosis o el fortalecimiento de los sistemas de salud. Por lo tanto, recomendamos que el Banco Mundial ayude realmente a los gobiernos a priorizar y ordenar las actividades, con hincapié en las que presentan mayores probabilidades de tener el impacto de mayor alcance y eficiencia en la epidemia, pero que no se valga de esa razón para descartar una integración apropiada del VIH en otros programas de salud, en particular los relacionados con la salud sexual y reproductiva y el control de las enfermedades infecciosas, siempre y cuando esas inversiones puedan defenderse como medidas tan eficaces en función de los costos como los conjuntos de medidas de alcance general.

Además, la secuenciación obligatoria de las intervenciones de máximo impacto o eficiencia, en un principio, podría dar como resultado a veces la pérdida de oportunidades de inversión relativamente fácil, rápida y apropiada, que también podría ayudar a conseguir apoyo político para la respuesta general al SIDA en un país o a mantener el existente. Asimismo, las intervenciones de máximo impacto a corto plazo podrían no ser las más sostenibles. Por ejemplo, desde el punto de vista político podría ser más apropiado unir las intervenciones importantes pero polémicas (como la prevención del VIH dirigida hacia los toxicómanos o los trabajadores sexuales) con otros programas que exigen un apoyo público más amplio, como la educación básica sobre el VIH en las escuelas o una gama de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, atención de salud y apoyo.

Sin embargo, esto no debe minar la fuerza del enfoque programático del Banco en las poblaciones expuestas al máximo riesgo de infección por el VIH. Además, creemos que el Banco Mundial debe reconocer las realidades políticas y los conceptos variables de las “prácticas recomendadas” para dar cabida a una gama de inversiones: el mensaje clásico indica que un buen programa apoyado y dirigido localmente es muy superior a un programa perfecto que solamente tiene el apoyo de extranjeros y “expertos”.

El Grupo de Asesores Externos expresa su decidido apoyo a la segunda recomendación de la evaluación sobre el fortalecimiento de las instituciones nacionales, especialmente en el sector de salud. Sin embargo, cabe señalar en particular las necesidades de mitigación de los países más duramente afectados, sobre todo los que tienen una pesada y creciente carga de orfandad. Algunas necesidades de mitigación pueden y deben abordarse por medio del sector de salud (incluidas, por supuesto, la provisión de atención y tratamiento). No obstante, muchas otras exigen liderazgo de otros sectores, sobre todo de los de protección social y educación. La evaluación no ha dado pruebas claras de los méritos relativos de abordar las preocupaciones por la mitigación con asesoramiento técnico y programación especializados sobre el SIDA (como el MAP), en lugar de abordar esos asuntos por medio de préstamos sectoriales apropiados en los sectores de educación, protección social y así sucesivamente. Con todo, lo más importante es que el Banco reconozca las necesidades y los desafíos particulares de los países más afectados por el SIDA y responda a ellos, y prepare tanto estudios analíticos como de país para atender esas necesidades. Además, dada la capacidad especial que tiene el Banco para lograr el compromiso político y la acción de varios ministerios, es importante que siga buscando oportunidades de *prevención* de la infección por el VIH en sectores distintos del de la salud: los de educación, desarrollo de la infraestructura de transporte y defensa son todos campos de acción obvios.

En un plano más detallado, observamos que en la evaluación se documentan varios resultados importantes, pero no se deja clara constancia de ninguna recomendación para seguir adelante. Quizá lo más importante es que se señalan en reiteradas oportunidades las limitaciones de la capacidad como una restricción de importancia para el éxito, sobre todo en su discusión del MPA, pero también en otras partes; no obstante, en la evaluación no se recomienda una respuesta clara a esas restricciones. Puesto que ello reviste importancia clave

para establecer programas fructíferos, puede ser un campo en que el Banco podría crear modelos reproducibles. Dado el alcance multisectorial del Banco Mundial, éste puede ser un aporte singular de su parte. En la evaluación se encuentran pruebas de estudios analíticos de alta calidad, pero un desempeño deficiente en la divulgación y el uso de esos estudios para ejercer influencia en otros. Este resultado no es sorprendente, pero nos gustaría ver recomendaciones más concretas sobre la forma en que el Banco podría haber ampliado su eficacia en el empeño puesto hasta la fecha y la manera de lograrlo en el futuro. En forma similar, en la evaluación se han encontrado pruebas de innovadoras y exitosas asociaciones con ONG y la sociedad civil (como ha sido el caso en Camboya y el Brasil) y una disposición a correr riesgos para fomentar esas asociaciones (por ejemplo, en el MAP). No obstante, la capacidad del Banco para aprender de sus éxitos y fracasos relacionados con las ONG parece ser limitada, y no hay una estrategia central ni nacional para analizar o fomentar las relaciones apropiadas entre el gobierno y la sociedad civil. Por último, la evaluación señala una cierta participación útil e innovadora del Banco en asociaciones del sector público con el privado (como la Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA), pero una vez más el Banco no parece tener todavía una lógica bien definida para priorizar esas actividades. Ninguno de estos comentarios se hace con la intención de ser particularmente críticos del desempeño anterior ni de los resultados de la evaluación: el Banco (al igual que otros actores) ha ido definiendo esa lógica sobre la marcha. Sin embargo, para trazar el camino hacia adelante es indispensable responder a estas deficiencias particulares con estrategias explícitas y nuevos mecanismos de trabajo.

En forma bastante correcta, la evaluación señala que el Banco Mundial se apartó de algunos de sus procesos tradicionales de planificación y priorización a medida que realizó su trabajo de lucha contra el VIH/SIDA. Si bien el Grupo de Asesores Externos comparte la conclusión implicada de los evaluadores de que quizá el Banco puede haberse desviado demasiado a veces de su nicho operativo, también damos crédito a los funcionarios del Banco que trabajan en VIH/SIDA por su disposición a ser innovadores y receptivos y por fomentar la acción incluso cuando aún no se disponía de pruebas claras de lo que “surte efecto”. Por supuesto, es mejor haber corrido un riesgo con respecto a varias estrategias, algunas de las cuales resultaron exitosas, que haber esperado a tener una clara base de pruebas y un análisis detallado antes de participar. Habiendo dicho eso, concordamos con la idea central de dos de las recomendaciones afines de la evaluación: que en el trabajo previo no se ha invertido lo suficiente en un método sistemático de aprendizaje y evaluación, y que el trabajo futuro debe partir de la actual base de pruebas y seguir generando nuevas formas de aprendizaje.

Al mirar hacia adelante, recomendamos que el Banco Mundial asigne prioridad a su función de principal fuente de apoyo de las respuestas sostenibles a largo plazo. Ello implica un mayor enfoque en la infraestructura, integración de programas, fortalecimiento del sistema de salud relacionado con el VIH/SIDA y atención a las estrategias principales de mitigación a largo plazo fuera del sector de salud. Por lo menos de momento, otros donantes están en mejores condiciones para poner de relieve la importancia de una respuesta rápida y en situaciones de emergencia, funciones que el mismo Banco ha desempeñado en el pasado.

---

*Helene D. Gayle*, MD, MPH, directora, VIH, Tuberculosis y Salud Reproductiva Fundación Bill y Melinda Gates, Seattle (EE.UU.)

*Jeffrey O'Malley*, MA, director, Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH), Nueva Delhi (India)

*Senador Mechai Viravaidya*, Parlamento de Tailandia, fundador y presidente de la Junta Directiva, Asociación para el Desarrollo Poblacional y Comunitario (Tailandia)

---

*Nota:* El cuarto miembro del Grupos de Asesores Externos, la Sra. Mary Muduuli, de Uganda, realizó un aporte muy constructivo durante toda la preparación del informe, pero debió abandonar el Grupo poco tiempo después de que el informe de evaluación quedara terminado, por lo cual no pudo participar en la declaración.



---

## APÉNDICE L: RESPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN

---

La administración acoge con beneplácito la oportunidad de ofrecer sus comentarios sobre este informe del DEO, que proporciona una reseña sumamente útil del trabajo realizado por el Banco en la lucha contra el VIH/SIDA y una cronología de los acontecimientos clave dentro y fuera del Banco. El informe se destina a evaluar “la eficacia en términos de desarrollo de la asistencia prestada por el Banco para luchar contra el VIH/SIDA frente a la hipótesis de falta de asistencia del Banco”, mediante un examen centrado en “el diálogo sobre políticas, los estudios analíticos y el financiamiento”. Describe dos fases de la respuesta del Banco al VIH/SIDA, a saber, los proyectos y los estudios analíticos efectuados entre 1985 y 1997, y las actividades enormemente ampliadas y, en opinión de la administración, de carácter innovador realizadas desde 1998. El informe resume las evaluaciones anteriores de los primeros proyectos llevados a cabo. Además, aunque (como se indica en el mismo) no ha concluido ninguno de los proyectos realizados con arreglo al Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África, ofrece evaluaciones de su diseño, basadas en la lectura de las pruebas existentes por parte del DEO. En el informe se mencionan, sin evaluar, los grandes esfuerzos ya desplegados por la administración para abordar muchas de las preocupaciones señaladas. (Algunas de estas actividades se señalan en el Registro de las medidas tomadas por la administración al final de esta respuesta).

**Campos escogidos para comentarios.** La administración agradece el extenso trabajo reflejado en el presente examen. Está de acuerdo en que es importante reconocer cómo contribuyeron los primeros proyectos de lucha contra el VIH/SIDA a lograr una mayor voluntad política para abordar ese cometido, una mayor eficiencia y escala de los programas nacionales sobre el SIDA y una mayor fortaleza de las instituciones y la capacidad nacionales. Asimismo, concuerda con el criterio de que la respuesta inicial del Banco se reprimió internamente, al medirla

con la escala y el impacto de la epidemia. Con respecto al MAP, es alentador saber que muchas observaciones y recomendaciones del DEO hacen eco de los resultados de los tres exámenes realizados por la propia administración (en 2001 y 2002 y el “examen intermedio” independiente de 2004 compartido con el Directorio y resumido en el Recuadro L.1). Sin embargo, la administración desearía hacer algunos comentarios sobre ciertos aspectos del informe: las dificultades metodológicas existentes durante el examen hecho por el DEO, el aprendizaje con el tiempo y la forma de tratar el apoyo recibido del Banco, la postura adoptada en el examen sobre la función de los Ministerios de Salud, la focalización de los grupos de alto riesgo en las actividades de prevención en epidemias generalizadas, la función de las comunidades y las actividades de seguimiento y evaluación (S&E)

### Asuntos clave

En esta sección se presentan los comentarios de la administración sobre seis puntos clave que son motivo de preocupación y se señalaron en el informe del DEO.

#### A. Metodología y base de pruebas

Por causa de la fecha de su realización, en el examen no se tiene en cuenta la extensa evolución ocurrida en cuanto a la asistencia del Banco. Además, la administración desearía mencionar dos cuestiones de metodología.

- En el examen del MAP hecho por el DEO se evalúa un amplio programa del Banco en una etapa preliminar de ejecución<sup>1</sup>. El programa del MAP ha evolucionado mucho

---

1. El DEO señala que en el examen que hizo del MAP se han cubierto todos los proyectos activos de este último hasta finales del ejercicio de 2004. Las entrevistas a los jefes de equipo de los proyectos y directores a cargo de los países con proyectos del MAP se realizaron en el verano de 2004 (es decir, en el ejercicio de 2005).

### Recuadro L.1: Examen intermedio del MAP

En el otoño de 2003, como parte de su actividad de supervisión del MAP, ACT*africa* mandó a hacer un examen del programa del MAP en su conjunto. Un equipo formado por tres funcionarios del Banco, dos consultores principales y tres funcionarios externos al Banco (representantes del ONUSIDA, un importante donante bilateral para actividades de lucha contra el VIH/SIDA y una destacada ONG internacional) examinó todos los documentos del MAP, entrevistó a los jefes de equipo de los proyectos del MAP y al personal de ACT*africa*, realizó visitas al terreno en una muestra aproximadamente representativa de seis países cubiertos por el MAP y obtuvo información de más de 300 funcionarios públicos, representantes de donantes y personas interesadas. El

equipo presentó un borrador a ACT*africa* para sus comentarios y luego preparó un borrador final que reflejaba la retroalimentación recibida de la administración. Por previo acuerdo, la administración no hizo ninguna revisión editorial del informe, excepto con fines de aclaración y de introducción de pequeñas correcciones de datos concretos. El informe se presentó al Equipo de Liderazgo Regional en África en mayo de 2004 y a los Directores Ejecutivos en agosto de 2004, tras lo cual se divulgó al público. Sus conclusiones y recomendaciones se han incorporado a los proyectos en curso del MAP donde ha sido posible y constituyeron una fuente de información directa para el diseño de la segunda generación de proyectos del MAP.

durante los dos largos años transcurridos desde que se inició el examen del DEO, de manera que algunos resultados del informe, por supuesto, no reflejan los logros y acontecimientos recientes. En particular, en el examen intermedio de 2004 se destacó la necesidad de una planificación estratégica más rigurosa, mayor participación del sector de salud, mejor focalización de los grupos vulnerables y un proceso más sólido de S&E. Aunque es alentador que casi todas las principales observaciones y recomendaciones del DEO reafirman los resultados de las propias revisiones y consultas de la administración, esta última cree que el examen habría dado mayor reconocimiento a la intensa actividad desplegada para abordar estos asuntos, que también revisiten prioridad en la versión preliminar del Programa de Acción Mundial sobre el VIH/SIDA<sup>2</sup>.

- La administración observa que el DEO ha hecho uso extensivo de las revisiones existentes de los primeros proyectos de lucha contra el SIDA, documentos del MAP y entrevistas a los jefes de equipo de los proyectos y directores a cargo de los países, pero señala dos problemas relativos a la base de pruebas empleada. El DEO realizó solamente un estudio de casos prácticos de un proyecto del MAP: Etiopía. La administración reconoce que la selección de proyectos se vio restringida por la prontitud

2. El DEO señala que su evaluación no apoya el resultado citado en el examen intermedio a efectos de que “los objetivos, el enfoque y el diseño del MAP han sido apropiados en general” (en la evaluación se observa que varias hipótesis fundamentales para el diseño del MAP resultaron ser infundadas y se señalan varios riesgos críticos pasados por alto).

de la programación del examen; sin embargo, como primer proyecto del MAP, el de Etiopía es, por muchas razones, el menos típico, puesto que el MAP ha evolucionando continuamente desde su creación. Este proyecto también ha estado entre los más problemáticos en materia de ejecución. El proyecto de Etiopía ofreció lecciones que orientaron las operaciones posteriores, pero carece de muchas de las características que ahora son normales en el MAP.

- Dada la importancia del MAP para estimular una respuesta más amplia para la lucha contra el VIH/SIDA, es algo sorprendente que, con excepción de Etiopía, el DEO no haya consultado a ninguno de los interesados en el MAP en los países (ni siquiera a los gobiernos) ni a otros interesados en la comunidad de donantes o en la sociedad civil.
- En vista de la función central del comportamiento sexual en la epidemia de infección por el VIH/SIDA y su compleja dinámica sociocultural, en el examen del DEO se podría haber prestado más atención al análisis del desarrollo social, sociopsicológico y comunitario.

### **B. Aprendizaje con el tiempo y apoyo para ejecución**

La evaluación sinóptica del examen de los nueve proyectos de “primera generación” de lucha contra el VIH/SIDA terminados y de los nueve componentes de los proyectos es favorable, en general, y señala su contribución al logro de una mayor voluntad política para abordar la lucha contra el VIH/SIDA, mayor eficiencia y escala de los programas nacionales de lucha contra el SIDA, y mayor fortaleza de las instituciones y la capacidad nacionales. La administración concuerda en que esas actividades merecen reconocerse. Sin embargo, la comparación

favorable de los primeros proyectos de lucha contra el SIDA hecha por el DEO con todos los proyectos de salud, nutrición y población presenta escasas razones para sentir satisfacción, puesto que fuera de los países con tasas de prevalencia mucho menores en relación con las de África hay pocas pruebas directas de la eficacia de los primeros proyectos de lucha contra el SIDA para prevenir infecciones<sup>3</sup>.

**Estudios analíticos.** Habría sido útil que el informe incluyera comparadores o puntos de referencia que sirvieran para interpretar los resultados de las encuestas mediante preguntas a funcionarios del Banco y a instancias normativas africanas sobre los principales documentos del Banco relativos al SIDA. La administración desearía que las encuestas hubieran permitido aprender más sobre la forma de mejorar el proceso de divulgación de importantes informes del Banco al público previsto.

**Apoyo permanente para la ejecución del MAP.** En el examen del DEO se suele discutir el MAP como si fuera sencillamente un conjunto de proyectos tradicionales. La dependencia del informe con respecto a los documentos del proyecto y, en particular, su enfoque en lo que se citó de manera explícita como riesgos y limitaciones al propio comienzo del programa, han proyectado una imagen equívocamente estática del MAP. En realidad, los proyectos del MAP son más dinámicos que las operaciones normales apoyadas por el Banco, lo que permite hacer una evaluación continua del riesgo, el aprendizaje y las modificaciones. En ese sentido, el diseño del MAP comprende más de lo que se proporciona en cualquier proyecto individual. También incluye el programa más amplio de apoyo intensivo para fines de ejecución y aprendizaje comparado entre países encabezado por

ACTAfrica y el Programa Mundial sobre el SIDA. De hecho, muchos de los aspectos más importantes del diseño y de la ejecución del MAP han surgido durante la adquisición de experiencia y se han integrado en forma prospectiva y retroactiva en otras operaciones del MAP. Por ejemplo, en el documento original del MAP quizá no se haya destacado la debilidad del S&E como riesgo ni la capacidad limitada como una restricción, pero en la práctica el Banco ha reconocido esas prioridades desde el comienzo y ha dedicado una cantidad de tiempo y recursos sin precedentes para fortalecer estos dos campos tradicionalmente débiles. En particular, los proyectos del MAP se han beneficiado de lo siguiente:

- Apoyo directo de especialistas, incluso de especialistas en S&E, en ACTAfrica y el Programa Mundial sobre el VIH/SIDA.
- Visitas a los países por parte de los equipos de apoyo técnico para resolver los obstáculos para la ejecución.
- Talleres con los jefes de equipo de los proyectos y los profesionales de cada país tanto del gobierno como de la sociedad civil para sacar y divulgar lecciones de la experiencia exitosa.
- Directrices y manuales sobre temas como gestión financiera, S&E y adquisición.
- Recurso al Equipo para la Aceleración de la Puesta en Marcha, que comprende los jefes de todos los departamentos centrales del Banco y está encargado de salvar las barreras internas para la rápida tramitación y ejecución de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA.
- Los diferentes exámenes del MAP.

**Medidas preliminares.** Esta clase de apoyo y flexibilidad ha permitido que el Banco puntualice y aborde los problemas en una etapa inicial. Por ejemplo, como se señala correctamente en el examen del DEO, los proyectos del MAP con frecuencia encontraron demoras en la ejecución, en parte por causa de atención inadecuada a los factores institucionales. Cuando se señaló este asunto en los exámenes del MAP, la administración decidió en 2002 que los problemas institucionales necesitarían resolverse antes de poder aprobar cualquier proyecto futuro del MAP. Como resultado, se prolongó el tiempo de preparación y se redujo el tiempo transcurrido entre la aprobación y la entrada en vigor. Asimismo, los desembolsos en muchos proyectos del MAP comenzaron a paso lento, pero la atención concertada que se prestó a los obstáculos comunes ha ayudado a acelerar la ejecución, y hoy en día los

3. El DEO señala que hay pocas pruebas para evaluar el impacto de cualquier préstamo del Banco en la incidencia de infección por el VIH porque no se recolectaron los datos necesarios. Sin embargo, existen amplias pruebas indirectas, en forma de cambios de comportamiento o de mayores conocimientos, sobre la posible influencia de la asistencia del Banco en las nuevas infecciones en Burkina Faso, Camboya, Chad, India y Kenya (véase el Capítulo 3, "Resultados e impacto", y el Recuadro 3.5). Todos estos son países de ingreso bajo con graves epidemias de SIDA. La administración señala las tasas de prevalencia relativamente bajas, en relación con el promedio registrado en África al sur del Sahara, en la mayoría de los países citados por el DEO.

desembolsos de los proyectos del MAP se realizan según las ambiciosas tasas fijadas como objetivo o a niveles muy cercanos a estas últimas.

**Actividades de apoyo a la ejecución.** El Banco también ha deseado tomar medidas más amplias. El Equipo para la Aceleración de la Puesta en Marcha se estableció en enero de 2003 con el fin mejorar la ejecución del MAP y de otros proyectos de lucha contra el VIH/SIDA en todo el Banco. Dicho Equipo ha hecho lo siguiente: a) facilitado los cambios de las políticas y los procedimientos del Banco y las excepciones a los mismos; b) proporcionado grupos de estudio de proyectos que ofrecen asesoramiento rápido para resolver los problemas particulares y generales de preparación y ejecución, y c) trabajado con el Programa Mundial sobre el VIH/SIDA y ACTAfrica para compartir conocimientos y ampliar la capacidad de preparación y ejecución de proyectos (incluidos los campos fiduciarios) por medio de aprendizaje compartido por el personal del Banco y sus homólogos en los países.

Asimismo, en 2002 el equipo de educación de la Oficina Regional de África, junto con ACTAfrica y el Equipo de Educación/Red sobre Desarrollo Humano (HDNED), lanzó una actividad para “Acelerar la respuesta del sector de educación al VIH/SIDA” mediante el uso compartido de información entre los equipos de educación a los clientes, la provisión de asistencia técnica y el apoyo a los clientes para ofrecer acceso al sector de educación y a los recursos del MAP para efectos de la respuesta de dicho sector. Más de 33 Ministerios de Educación, junto con los equipos de los Ministerios de Salud y las Comisiones Nacionales del SIDA, han participado en este programa. Con una evaluación se ha demostrado que los países que participan activamente en este empeño tienen más posibilidades de acceder al apoyo del sector de educación y del MAP.

**Conclusión.** En resumen, el Banco ha establecido sólidos mecanismos para identificar y remediar los problemas surgidos durante la ejecución de los proyectos del MAP. Si bien la administración concuerda con el DEO en que es preciso mejorar el aspecto de ejecución todavía más, sabe que no existe ninguna actividad comparable en el Banco para respaldar un solo programa.

### **C. Función de los Ministerios de Salud y del sector de salud**

Para poder participar en proyectos del MAP, este último exige que los países hayan establecido un órgano de

coordinación multisectorial de nivel superior. En el examen del DEO se afirma que este requisito ha alejado a los Ministerios de Salud en algunos países (Recuadro 4.6), que los Ministerios de Salud necesitan una función más destacada como organismo rector natural y que no hay un ejemplo de una respuesta enérgica que haya dejado de lado al sector de salud y haya sido dirigida por un sector distinto de este último. Por otra parte, en el informe se señala también que “el compromiso de lucha contra el SIDA necesita estar más ampliamente arraigado en el espectro político e institucional que en un Jefe de Estado o un Ministro de Salud” (pág. 23). El DEO no está de acuerdo con la premisa del MAP de que “un enfoque demasiado limitado del sector de salud como principal actor” fue una razón por la cual fracasaron las actividades iniciales contra el SIDA y no opina “que un *acento excesivo en el sector de salud* fue la razón de la falta de éxito”.

**Función de los Ministerios de Salud.** La administración concuerda con la afirmación de que los Ministerios de Salud tienen una función central en la lucha contra el VIH/SIDA y que es preciso fortalecer su capacidad y función. Ninguna parte de la respuesta multisectorial se ha expresado con la intención de suplantar las funciones que solamente puede realizar un Ministerio de Salud. La necesidad de hacer participar de manera plena al sector de salud fue una recomendación clave en el segundo examen del MAP; es un enfoque explícito en la segunda generación de proyectos del MAP (“MAP2”) y se recalca en el manual titulado *Warriors* (Brown, Ayvalikli y Mohammad, 2004). El progreso logrado en este campo es evidente a partir de la encuesta hecha por el DEO entre los jefes de equipo de los proyectos: en los 18 países donde dichos jefes respondieron con respecto a este asunto, nunca hubo ningún problema en nueve, se

---

4. El DEO señala que los países donde no se ha notificado falta de participación incluyeron varios en los que el Ministerio de Salud todavía encabezaba la respuesta nacional contra el SIDA, se había reservado un componente especial para el Ministerio de Salud, este último cumplía una función de liderazgo en la Comisión Nacional del SIDA o la estructura institucional no se vio afectada. En el examen intermedio del MAP (2004) se observó que “donde los recursos para el Ministerio de Salud se consideran parte de la respuesta multisectorial... más que un componente especial manejado por ese ministerio, por lo general, los resultados han sido deficientes”.



superaron los problemas iniciales en cinco y persisten los problemas de falta de participación del Ministerio de Salud solamente en cuatro (Apéndice I, Cuadro I.15; también vale la pena señalar que en uno de los cuatro, los problemas se deben a razones personales)<sup>4</sup>. En el Apéndice I, Cuadro I.17, en los 10 países con proyectos del MAP y de salud, solamente un jefe de equipo de los proyectos informa que hay “poca” coordinación con el Ministerio de Salud y otro informa que hay “un poco de desplazamiento” de las actividades planeadas por el Ministerio de Salud por las del MAP, mientras que ocho indican buena coordinación. Además, cualesquiera que sean las fricciones institucionales surgidas, no parecen haber creado límites para la ejecución por parte del Ministerio de Salud: en todos los proyectos del MAP, los Ministerios de Salud han recibido cerca de la mitad de los fondos del MAP canalizados al sector público y se espera que tengan más de 60% al terminar los proyectos.

**Más allá del sector de salud.** Al mismo tiempo, los expertos en VIH/SIDA asignados al terreno dicen que *hay* pruebas de que un acento inicial excesivo en el sector de salud contribuyó a la falta de éxito de varias formas. En primer lugar, los Ministerios de Salud raras veces son suficientemente poderosos para motivar el máximo grado de voluntad política, exigir la acción de otros ministerios o apoyar las respuestas comunitarias de una forma eficaz. Si bien desempeñan por naturaleza una función técnica rectora en materia de vigilancia, tratamiento y muchas intervenciones clave, no tienen ninguna ventaja particular en la coordinación de otras entidades gubernamentales. Parece lógico que la respuesta multisectorial necesaria podría coordinarse mejor por medio de una autoridad superior de coordinación multisectorial de la lucha contra el SIDA que por medio del Ministerio de Salud. En realidad, los dos primeros países en controlar con éxito la infección por el VIH, a saber, Uganda y Tailandia, tuvieron órganos de coordinación de alto nivel presididos por un dirigente político de alto rango, y promovieron las

respuestas multisectoriales que se extendieron más allá del sector de salud (aunque, por supuesto, éste desempeñó una importante función)<sup>5</sup>. Segundo, como se indica en el Recuadro L.2 y se demuestra en las pruebas obtenidas en Uganda, en algunos casos un acento excesivo en los Ministerios de Salud ha “profesionalizado” el tema del SIDA y desestimulado el liderazgo y la participación de la comunidad y los grupos religiosos. En tercer lugar, hay ejemplos en que el liderazgo del sector de salud ha llevado a depender en exceso de las intervenciones en materia de salud. Cuando el sector de salud dominó las respuestas al SIDA, muchos programas, incluidos varios proyectos apoyados por el Banco Mundial, respaldaron la atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) como una intervención clave para reducir la transmisión del VIH (y no recalcaron la promoción de cambios del comportamiento sexual). Aunque en un ensayo se ha indicado que la atención de las ITS redujo la transmisión del VIH, en varios ensayos más recientes realizados desde entonces se ha contradicho ese resultado, al subrayar claramente los peligros inherentes en una limitada respuesta del sector de salud basada en lo que pueden ser pruebas científicas imperfectas. En cambio, la administración cree y la literatura pertinente indica que la reducción de la transmisión del VIH en Uganda fue impulsada por una movilización generalizada y un cambio de comportamiento (Low-Beer y Stoneburner, 2003). En cambio, las intervenciones ampliadas de los servicios de salud, incluidos el uso de preservativos y el asesoramiento y las pruebas voluntarias, vinieron más tarde, como se presenta en el Gráfico L.1<sup>6</sup>.

**Conclusión.** La experiencia de Uganda, el primer país de África en controlar su epidemia con éxito, ilustra en forma convincente los peligros de una respuesta tecnocéntrica limitada del sector de salud a una enfermedad que solamente puede abordarse por medio de cambios radicales en las normas culturales, sociales y sexuales. Esta lección no se limita a África. A lo largo y ancho de vastas extensiones de Europa central y oriental y Asia central, meridional, sudoriental y oriental, es cada vez

5. El DEO señala que en los exámenes internos del MAP y en un examen externo de la experiencia de Uganda y Senegal se han encontrado graves problemas referentes al funcionamiento de las autoridades de coordinación multisectorial de la lucha contra el SIDA (véase el Recuadro 4.6 del presente informe y el trabajo de Putzel, 2004). La administración señala que no considera que el artículo pertinente, publicado en una revista técnica, cumpla con las normas de un examen.

6. El DEO señala que el informe de evaluación *ex post* del proyecto de atención de las ITS en Uganda (informe No. 32600) reveló que, si bien algunos patrones de comportamiento han cambiado en Uganda, no se ha determinado con claridad hasta qué punto se puede atribuir ese cambio a la política pública. Señaló que otros factores también pueden haber desempeñado una función de importancia (la alta tasa de mortalidad por el SIDA y la exposición personal al sufrimiento y la muerte por esa causa).

**Recuadro L.2: La necesidad de una respuesta multisectorial**

El análisis de las dificultades de una respuesta encabezada por el sector de salud es el tema de una literatura científica en expansión<sup>a</sup>. La necesidad de una respuesta más amplia se capta de una manera conmovedora en una declaración muy personal hecha por uno de los dirigentes intelectuales de la lucha contra el VIH/SIDA, Daniel Low-Beer:

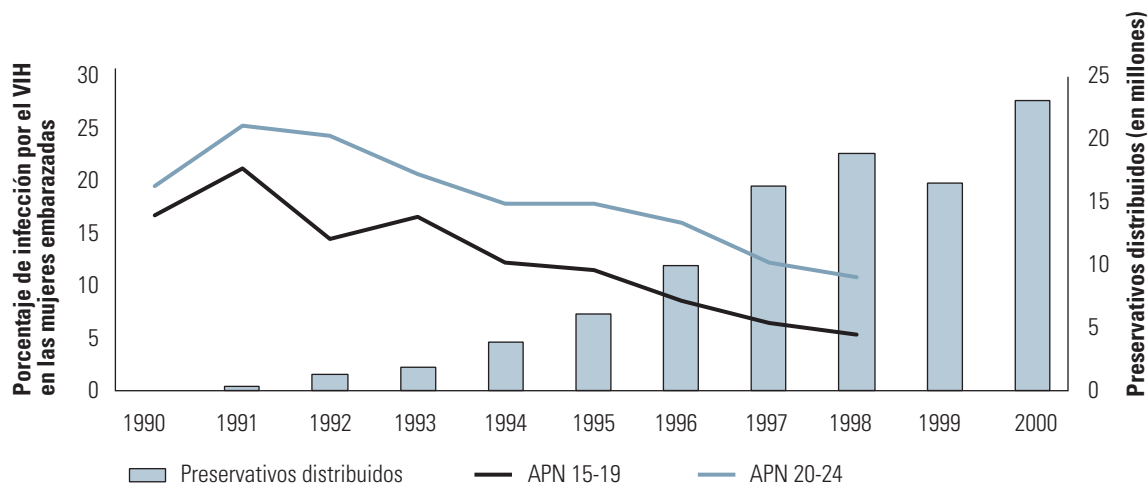
Acabo de estar en Botswana y de lanzar una mirada hacia el futuro del programa mundial de desarrollo para la lucha contra el SIDA, ampliado a un alto costo: me atemorizó. Se trataba de una remota comunidad rural donde todo se había ampliado —hasta las siglas—: el tratamiento anti-retroviral (ARV) ordinario, la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI), los dispensarios amigos del paciente, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV) y aun el ABC de la transmisión. Con todo, la tasa de

infección por el VIH continúa en 25%, a pesar de gastarse 10 veces más de lo que gastó Uganda desde 1991. De manera que le pregunté a un trabajador de salud local “¿Le habla usted sobre el SIDA a un paciente que llega con esa enfermedad? ¿Plantea usted el asunto cara a cara?”. Dijo que no. En un curso de orientación de seis semanas de duración se le había dicho que no lo hiciera. En una hoja de papel tenía una casilla para marcar las enfermedades notificables que no incluían el SIDA. Solamente dos de cada 10 pacientes de SIDA deseaban someterse a la prueba y recibían tratamiento. Pregunté por el líder del pueblo: él no se siente apto para hablar sobre el SIDA. Pregunté por la Iglesia: nadie lo menciona en los entierros. El SIDA no había ido más allá del espacio intelectual de la sensibilización, educación y orientación a un bajo centro de gravedad entre el instinto y el valor que exige un cambio de comportamientos.

a. Por ejemplo, Allen y Heald, 2004.

b. Daniel Low-Beer, *Financial Times*, 28 de noviembre de 2003.

**Gráfico L.1: Tendencias del uso de preservativos como resultado de la comercialización social y prevalencia del VIH, Uganda, 1990-2000**



Fuente: Stoneburner y Lowe-Beer, 2002.

Nota: APN = Atención prenatal.

más clara la importancia de los Ministerios de Asuntos Jurídicos, Justicia, Vigilancia Policial, Administración Ministerios de Asuntos Penitenciaria y Bienestar Social en la creación de contextos conducentes a respuestas eficaces contra el SIDA entre los usuarios de drogas inyectables, los presos y los trabajadores sexuales, que son las comunidades más vulnerables a la in-

fección por el VIH en esas regiones. Por la importancia crucial que tiene el sector de salud, cabe afirmar sin exageración que el curso de la epidemia en gran parte de Europa y Asia dependerá por lo menos tanto de estos otros ministerios como del propio Ministerio de Salud.

#### **D. Alcance de los grupos de alto riesgo**

En el examen del DEO se comenta en repetidas ocasiones sobre la importancia y la eficacia en función de los costos del alcance de los grupos de alto riesgo. Se adopta una postura enérgica sobre la necesidad de priorizar las actividades preventivas en los grupos de alto riesgo aun en epidemias generalizadas, mientras se reconoce la importancia, en etapas posteriores de la epidemia, de las “medidas complementarias de prevención y sensibilización en toda la sociedad” y, en epidemias maduras, del tratamiento y de la atención de las personas afectadas por el VIH/SIDA y los programas y políticas para ayudar a esas personas y a sus familias (Recuadro 3.1). En el examen del documento del DEO se llega a la conclusión de que en pocos proyectos del MAP se abordan sistemáticamente los patrones de comportamiento de máximo riesgo.

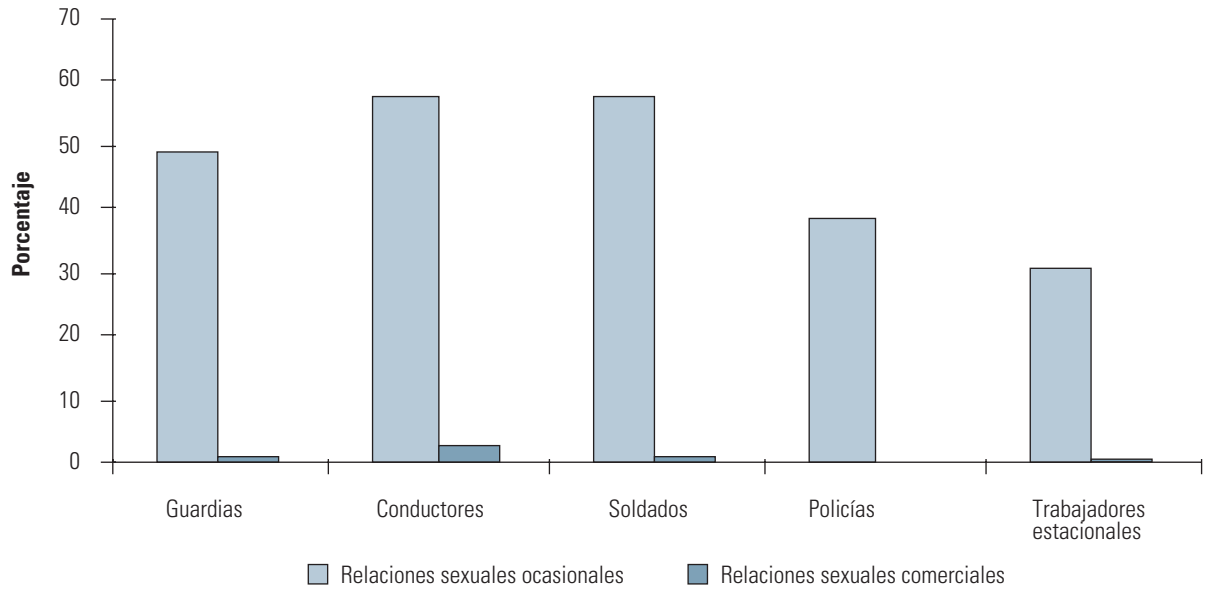
**Dinámica de la transmisión.** Todos los especialistas en SIDA concuerdan con la necesidad de comenzar mediante la focalización de personas con patrones de comportamiento de máximo riesgo. Sin embargo, el asunto es más complejo en una epidemia generalizada que en una concentrada. Algunos comentaristas afirman que las intervenciones entre los grupos de alto riesgo son siempre más eficaces en función de los costos. Sin embargo, en el *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993* se señala que la eficacia en función de los costos de la prevención se reduce a medida que aumentan las tasas de prevalencia y que lo que ha demostrado ser eficaz en función de los costos en un entorno no necesariamente puede trasladarse a otro (Recuadro 3.1). Además, si bien podría ser siempre más eficaz en función de los costos en sentido estricto enfocar las intervenciones en los grupos de alto riesgo, cuanto menor sea el porcentaje de nuevas infecciones que representen esos grupos, menor será el impacto que puede tener la focalización en la epidemia<sup>7</sup>. Para entender la dinámica *específica* de la transmisión en cada contexto, quizá sea más importante preguntar primero qué proporción de infecciones por el VIH surge en diferentes poblaciones y, en forma más específica, qué proporción de infecciones puede atribuirse a los grupos de alto riesgo.

7. El DEO señala que su evaluación ni afirma ni implica que sea siempre más eficaz en función de los costos enfocar las intervenciones en los grupos de alto riesgo, ni recomienda que los programas se enfoquen principalmente en los grupos de alto riesgo en las epidemias generalizadas.

**Diferentes modelos.** Las pruebas y modelos conductuales y biológicos correspondientes a varios países de África indican que los grupos tradicionales expuestos a riesgo pueden constituir una fuente relativamente pequeña de infección en las epidemias sumamente generalizadas en África meridional; en África oriental, donde predominan las epidemias mixtas, las infecciones pueden provenir en forma más o menos igual de los grupos tradicionales expuestos a riesgo y de la población en general, y en África occidental, los trabajadores sexuales y sus clientes sin duda alguna desempeñan una función de importancia en la transmisión del VIH. En Swazilandia, por ejemplo, como indica el Gráfico L.2, los datos sobre el comportamiento relacionado con la epidemia sumamente generalizada indican que la mayoría de las nuevas infecciones provienen de las relaciones sexuales ocasionales, no de las comerciales (existen datos similares de Lesotho). Estos datos se ven reforzados por otros estudios cartográficos y de estimación demográfica en varios países de África meridional, donde se ha identificado un número muy pequeño de trabajadores sexuales. También son compatibles con los de dos estudios recientes en los que se estima la contribución de las relaciones sexuales de alto riesgo a la transmisión del VIH en Zimbabwe y Zambia (Cowan y otros, 2005; Cassalls, 2005): en Zimbabwe, solamente 11% de las infecciones de hombres adultos mostraron posibilidades de haber provenido de relaciones sexuales comerciales, y en Zambia, solamente alrededor de 2% de las nuevas infecciones de adultos por el VIH podrían asignarse a grupos tradicionales expuestos a alto riesgo, como los trabajadores sexuales, camioneros y soldados y, al parecer, alrededor de 97% de las nuevas infecciones ocurrieron en la población en general entre grupos no considerados de alto riesgo (Gráfico L.3).

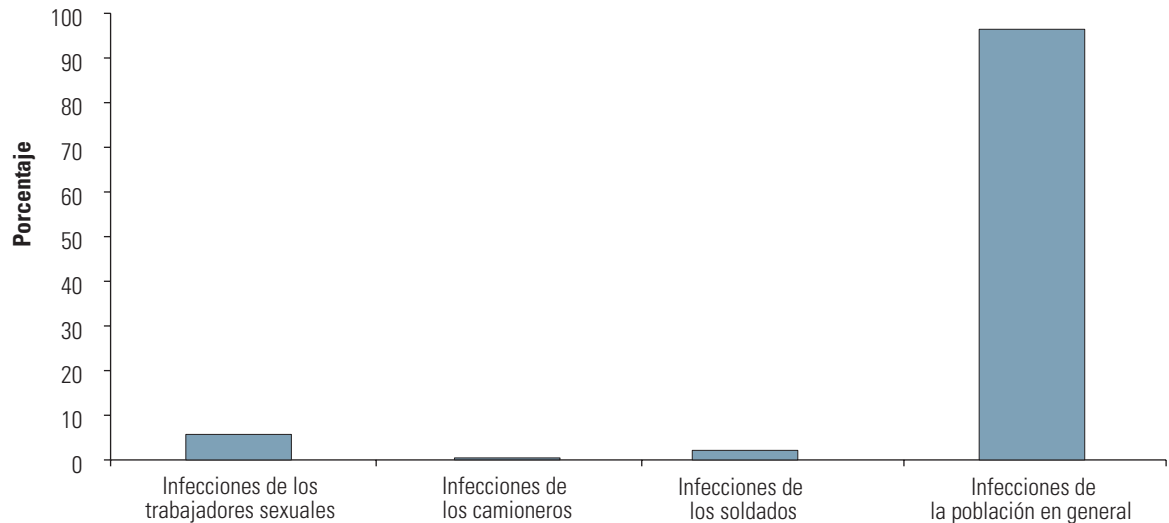
**Focalización apropiada.** Por lo tanto, las numerosas iniciativas importantes de lucha contra el SIDA enfocadas en los trabajadores sexuales en Swazilandia, Lesotho y otros países de África meridional han abordado patrones de comportamiento que raras veces suceden, de manera que tienen pocas posibilidades de contribuir en forma importante a la transmisión del VIH. Los datos y modelos epidemiológicos de epidemias sumamente generalizadas en África meridional indican que puede ser vital una respuesta similar a la de Uganda, enfocada en cambios radicales de las normas sexuales y en la adopción generalizada de patrones de comportamiento sexual más seguros. Es importante señalar que la respuesta de

### Gráfico L.2: Asociaciones sexuales en Swazilandia



Fuentes: Family Health International, Behavioral Surveillance Survey, 2002.

### Gráfico L.3: Nuevas infecciones por el VIH en Zambia, 2004



Uganda al SIDA durante la fase decisiva a finales de los años ochenta, cuando la incidencia comenzó a reducirse, recalcaron un cambio de comportamiento en la población en general y no se enfocaron específicamente en las poblaciones de alto riesgo (Green, 2003). No se ha comprobado que el enfoque principalmente en los grupos de alto riesgo haya permitido contener las epidemias generalizadas en ningún lugar<sup>8</sup>. En realidad, las pruebas obtenidas en Uganda y, en cierta medida, en ciudades y regiones específicas de Etiopía, Kenya y Rwanda, indican que las reducciones importantes y generalizadas del número de parejas sexuales entre los hombres en la población en general fue la principal razón de la baja de la prevalencia e incidencia de infección por el VIH<sup>9</sup>.

**Importancia para el MAP.** Puesto que la mayor parte de la población de los países apoyados por el MAP y del dinero de este programa está en los países con epidemias generalizadas, los resultados anteriores revisten particular importancia para el MAP<sup>10</sup>. La administración indica que la postura del

8. El DEO señala que en su informe no sugiere que los programas deban enfocarse principalmente en los grupos de alto riesgo en las epidemias generalizadas, sino más bien que se asegure la cobertura de los grupos de alto riesgo.

9. Si bien el DEO concuerda en que ha habido una reducción de la incidencia de infección por el VIH en Uganda, señala que el artículo de Shelton y otros (2004) citado como referencia por la administración no discute ningún cambio en los resultados para el control del VIH en Kenya ni en Rwanda y sólo menciona pruebas de una baja de la *prevalencia* de infección por el VIH en Etiopía. Como se señaló en el Recuadro 3.4 del informe del DEO, las tendencias de la prevalencia de infección por el VIH no son significativas como indicador del éxito de la prevención en epidemias maduras.

10. El DEO señala que dos tercios de los países participantes en el MAP en África tienen tasas de prevalencia del VIH en la población en general inferiores a 5%.

11. La importancia de cambiar las normas sociales en la población en general como base para una acción más específica y enfocada está bien ilustrada por las lecciones de otros campos de promoción de la salud y cambios de comportamiento. Por ejemplo, la literatura sobre el abandono del hábito de fumar subraya la importancia de modificar las normas sociales en general como requisito indispensable para la realización de campañas mejor enfocadas sobre el cambio de comportamiento. Véase también Cassalls, 2005, y Pisan, Garnett y Grassly, 2003.

DEO no refleja el mayor entendimiento reciente de la dinámica de transmisión del VIH en diferentes contextos y la respuesta eficaz en epidemias generalizadas. Si bien el MAP debe, sin duda alguna, poner más su acento en la comprensión de los patrones de transmisión y ajustar la programación de acuerdo con ello, su enfoque en las normas sexuales variables por medio de una movilización social y comunitaria en gran escala es compatible con este conjunto de análisis y pruebas, mucho más que los programas enfocados en grupos de riesgo estrictamente definidos<sup>11</sup>.

**¿Quién puede alcanzar a los grupos de alto riesgo?** En el examen se señala la importante función desempeñada por las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones de base comunitaria (OBC) en la expansión del acceso a la prevención y la atención en los grupos de alto riesgo en muchos de los proyectos terminados, pero se advierte que “las ONG no siempre pueden estar en mejor situación que el gobierno para trabajar con los grupos de alto riesgo” y se cita un ejemplo de Indonesia para ilustrar el hecho de que algunas entidades gubernamentales tienen contacto regular con los trabajadores sexuales. Sin embargo, aun en Indonesia, las ONG realizan gran parte del trabajo más importante entre los usuarios de drogas inyectables y los presos, que han tenido tasas de infección por el VIH mucho mayores que los trabajadores sexuales. En Tailandia, las entidades gubernamentales también han desempeñado una función importante en la prevención entre los trabajadores sexuales, pero han sido menos eficaces en llegar a los usuarios de drogas inyectables. Los organismos gubernamentales en la mayoría de los países carecen de los conocimientos especializados necesarios y de los canales que les permitan llegar a los trabajadores sexuales, los usuarios de drogas inyectables, los presos y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Esos grupos tienden a evitar (y algunas veces a temer) a muchas entidades gubernamentales. Además, a menudo las instituciones formales, como los establecimientos de atención de salud y las escuelas, tienen la mayor dificultad en superar el estigma y las barreras sociales para abordar las cuestiones socialmente delicadas que rodean al SIDA (Campbell, 2003).

**Estrategia específica para el contexto.** Por lo tanto, el problema consiste en determinar la mejor forma de llegar a las poblaciones y zonas de alto riesgo en diferentes contextos. Por ejemplo, en África los trabajadores sexuales, en su mayoría, no trabajan en establecimientos ni en distritos de prostitución claramente identificados donde sería relativamente fácil

identificarlos y enfocar el trabajo en gran escala. Los programas encabezados por el gobierno para promover una tasa de uso de preservativos de 100% en los establecimientos de trabajo sexual, que ayudaron a controlar la infección por el VIH en Tailandia y en menor grado en Camboya, son mucho más difíciles de introducir en África, la India y otros lugares donde el trabajo sexual es informal en gran parte y se encuentra ampliamente disperso. Una forma de llegar a los trabajadores sexuales informales y ocasionales que se encuentran ampliamente dispersos, así como a los hombres con gran actividad sexual y a la mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y no se identifican como homosexuales, es por medio de campañas de prevención para toda la población en que ellos no necesiten identificarse. Dada la importancia de los patrones de comportamiento de alto riesgo en el impulso de la epidemia, es indispensable llegar a tantas personas que presentan esos patrones como sea posible. En el examen del DEO se pondera si es mejor depender de los organismos gubernamentales o de las ONG, pero obviamente ambos tienen importantes funciones que cumplir para asegurar una amplia cobertura.

**La metodología de PLACE.** El DEO hace comentarios sobre la metodología de PLACE (Priorities for Local AIDS Control Efforts), en la que se pregunta a las personas adónde van otras a conocer nuevas parejas sexuales y se preparan listas y mapas de lugares donde se pueden enfocar las actividades. Es una nueva actividad interesante, pero hay salvedades. En Andhra Pradesh y África occidental, por ejemplo, es poco probable que las poblaciones estudiadas por el método de PLACE tengan tasas de cambio de pareja y de incidencia de ITS y de infección por el VIH cercanas a los niveles confirmados entre los trabajadores sexuales. En los estudios hechos con el método de PLACE en Asia central se exagera la importancia de la transmisión sexual y se desvía atención crítica del uso de drogas inyectables. Tampoco hay pruebas rigurosas de la eficacia de las intervenciones basadas en el método de PLACE ni indicaciones fiables del tamaño de las poblaciones identificadas por dicho método. La declaración del DEO sobre la posible eficiencia del método es demasiado categórica habida cuenta de que se trata de un método sin comprobación.

**Conclusión.** La administración está de acuerdo en que el MAP debe hacer mucho más que apoyar un mayor entendimiento de la dinámica de la transmisión nacional, como lo hace en sus operaciones actuales. Pero el principio del MAP de que cada respuesta al SIDA debe ser propia de cada país y estar arraigada en un entendimiento del carácter distintivo

de cada epidemia sigue siendo totalmente válido. Como se señala en el informe del DEO, todavía hay “gran incertidumbre e información que cambia con rapidez sobre una enfermedad totalmente nueva”. La investigación incipiente ha puesto en tela de juicio algunos artículos de fe y resultados de investigaciones anteriores que ofrecen información para algunas de las suposiciones hechas y los juicios emitidos en el examen hecho por el DEO.

### **E. La función de las comunidades y la sociedad civil**

El examen del DEO contiene varias declaraciones sobre la función de las ONG, las OBC y otros grupos de la sociedad civil, función recalcada en los proyectos del MAP y en varios otros proyectos de lucha contra el SIDA. Por ejemplo, afirma que “hay pocas pruebas sobre las condiciones en las que la prestación de servicios por parte de las ONG es más eficaz en función de los costos que los servicios públicos”; “es posible que las comunidades no sepan qué es lo mejor... y... seleccionen (intervenciones) de poca eficacia... y para las cuales falta competencia técnica”; “no se ha comprobado que las intervenciones en materia de lucha contra el SIDA impulsadas por la comunidad sean sistemáticamente más eficaces en general y en función de los costos que las ejecutadas por las ONG, el gobierno o aun el sector privado”. En el examen se pide también una delineación precisa de las funciones de varias entidades no gubernamentales, con el fin de concentrarse en las que tienen “conocimientos especializados” para ejecutar “actividades con un impacto directo en la epidemia”. En el examen hecho por el DEO, la administración no ve ninguna prueba de que las actividades de la sociedad civil acarreen “riesgos considerables”, y sería posible señalar cuatro puntos en ese sentido.

#### **1. Función limitada de las intervenciones formales**

Según la administración, la adopción de todas las conclusiones del DEO exigiría una presuposición de que hay intervenciones claras, ensayadas, examinadas y de eficacia comprobada para reducir la infección por el VIH en las epidemias generalizadas en las que funcionan muchos proyectos del MAP. La administración no cree que el peso de las pruebas apoye esa presuposición. La experiencia nacional de Uganda, el ejemplo positivo más claro, subraya la importancia central de la voluntad política, la participación de la comunidad y un cambio radical de carácter normativo y conductual. En cambio, las pruebas de intervenciones específicas en epidemias generalizadas son notablemente débiles: muchos proyectos de primera generación de lucha contra el SIDA realizados por el Banco fueron proyectos de lucha contra las ITS y tomaron como

fuerza de inspiración un solo ensayo de lucha contra las ITS en Mwanza (Tanzanía), realizado en 1992 (Grosskurth y otros, 1995). Algunos años más tarde, en tres ensayos importantes se observó que el tratamiento de las ITS no tenía ningún efecto en la transmisión del VIH (Wawer y otros, 1995; Kamali y otros, 2003). Asimismo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias se promueven ampliamente como prioridad de prevención. Obviamente, eso es importante como plataforma para tratamiento, pero el único ensayo riguroso de ese método no dio ninguna prueba de efecto en las ITS ni en los marcadores de infección por el VIH, y en un metanálisis reciente se llegó a la conclusión de que había pocas pruebas de que ese método redujera la transmisión del VIH (Weinhardt y otros, 1999; Wolitski y otros, 1997). En un reciente ensayo sobre la salud sexual de los adolescentes en Mwanza (Tanzanía) se observó que las intervenciones intensivas de los sectores de educación y salud no redujeron el embarazo, las ITS ni la infección por el VIH en adolescentes, y se llegó a la conclusión de que el hecho de no hacer participar a la comunidad en sentido amplio y, en particular, de no cambiar las normas y los patrones de comportamiento sexuales de los hombres de edad avanzada, como se ha hecho en Uganda, puede haber sido una importante razón del fracaso del ensayo en el logro de impacto biológico (Obasi, 2003). En la rigurosa evaluación hecha por Campbell de la razón por la cual una intervención intensiva y cuidadosamente designada entre los trabajadores sexuales y sus clientes en Sudáfrica tuvo tan poco impacto en las nuevas infecciones se llegó a una conclusión similar (Campbell, 2003). Estos resultados advierten que no se debe tener excesiva confianza en las intervenciones formales y subrayan la centralidad de la participación

comunitaria y los cambios normativos defendidos por los proyectos del MAP.

## 2. La función de las comunidades e instituciones

En opinión de la administración, en el examen no se asigna suficiente importancia a la función central que desempeñan las comunidades y sus instituciones al crear el medio habilitante para fomentar un cambio de comportamiento. Las comunidades tienen una función singular que no puede realizar ninguna otra entidad y que no se basa en intervenciones. La mayor parte de los factores determinantes del comportamiento sexual está profundamente arraigada en normas, creencias, funciones y prácticas culturales establecidas, mantenidas, cumplidas y enmendadas a nivel local; no pueden recibir la influencia del gobierno como única entidad. El estigma y el silencio, en particular, pueden superarse sólo donde la sociedad civil contribuya a un proceso profundamente participatorio de habilitación y difusión social. En este clima de cambio social, saber “qué es mejor” no es un asunto de conocimientos técnicos, sino de conocimientos y participación locales. Por definición, esto se puede apoyar —pero no dirigir— desde afuera. A continuación se indican las conclusiones de algunos importantes investigadores del VIH/SIDA:

*En la posibilidad de que las personas participen en patrones de comportamiento promotores de la salud influye... el punto hasta el cual viven en un medio social de apoyo [Campbell, 2000].*

*Las personas no pueden cambiar su comportamiento en el vacío, pero reciben una gran influencia de sus redes sociales y normas colectivas. Su*

### Recuadro L.3: Experiencia de Uganda

En Uganda, la comunicación social en el nivel comunitario ayudó a superar la negación, promover la percepción del riesgo personal, instilar proximidad personal a la epidemia y, por lo tanto, cambiar las normas de la comunidad y reducir la transmisión del VIH. En cada localidad, las actividades estuvieron encabezadas por dirigentes políticos, religiosos y comunitarios, que promovieron cambios en las normas comunitarias, no apenas acciones individuales, y crearon un medio habilitante y protector mucho antes de que el concepto ganara adeptos. La participación de las comunidades religiosas es particularmente digna de mención: los líderes fundadores de la Comisión sobre el SIDA de Uganda eran

obispos católicos y anglicanos. Todo esto se logró sin participación en gran escala de organismos especializados y la mayoría de los adelantos logrados por el país precedieron la ampliación de los servicios formales de atención de la infección por el VIH. Como resultado, aun hoy, las encuestas revelan que la abertura con respecto al SIDA es mayor en Uganda que en los países vecinos, donde es posible que la población conozca personalmente a alguien que haya muerto como consecuencia del SIDA. El efecto acumulativo de este cambio cultural, en definitiva, tuvo un impacto directo mucho mayor en la epidemia que cualquier otra actividad específica.

*propia percepción del riesgo es ordenada y nutrida por el grupo de iguales y el contexto social dentro del cual funcionan. [E]s preciso que los patrones de comportamiento sean apoyados y aplicados por el sistema de valores de la sociedad dentro del cual funciona [la gente]. [Ray y otros, 1998].*

**Medio de apoyo.** Las intervenciones técnicas mejor diseñadas no pueden tener éxito si no hay un medio social de apoyo. Por ejemplo, en los programas de tratamiento alrededor del mundo es común que una proporción importante de personas a quienes se diagnostica infección por el VIH rechacen el tratamiento antirretroviral aunque éste sea gratuito. En el verdadero sentido de la palabra, preferirían morir a enfrentar el estigma o el aislamiento social producido por el reconocimiento de su estado de infección por el VIH. En las teorías más influyentes de cambio de comportamiento se reconoce la centralidad de la influencia de la comunidad. Por ejemplo, la teoría de difusión social (derivada de la teoría de difusión de la innovación en agricultura) señala que las personas tienen mayores posibilidades de recibir una influencia favorable del testimonio y ejemplo de los vecinos y amigos cercanos y dignos de confianza que de especialistas externos. Por ende, es indispensable trabajar con las comunidades y a través de ellas (Recuadro L.3).

**Modelo del MAP.** Muchos de los mecanismos conducentes a la evolución de las normas sociales son imprevisibles, orgánicos e incluso indescriptibles. Por esa razón, el MAP ha adoptado un modelo impulsado por la demanda para el apoyo de la sociedad civil. La administración reconoce que este método crea dificultades de seguimiento y está de acuerdo en que los proyectos del MAP deben cumplir una mejor función de apoyo de las evaluaciones locales del impacto. Pero la aceptación de la incertidumbre es parte del problema sin precedentes de abordar la situación del SIDA, lo que debe hacer el Banco. Como han afirmado recientemente los importantes organismos técnicos que trabajan en la lucha contra el SIDA, “no es fácil medir todos los componentes de una respuesta nacional. En el caso de muchos componentes, como la reducción del estigma y la protección de los derechos humanos, todavía se trabaja en la formulación y prueba de indicadores” (USAID y otros, 2004).

### **3. Competencia con los servicios gubernamentales**

En el examen del DEO se afirma que este último no pudo

encontrar ninguna prueba de que las intervenciones de lucha contra el SIDA impulsadas por la comunidad fueran sistemáticamente más eficaces en general y en función de los costos que las ejecutadas por las ONG, el gobierno o el sector privado. La administración cree que la experiencia internacional en contextos tan diversos como San Francisco, Rio de Janeiro y Rakai muestra la función vital de las comunidades para complementar las iniciativas gubernamentales (McKusick, Horstman y Coates, 1985). Ningún gobierno puede atender todas las necesidades de prevención, atención, apoyo y tratamiento de la población afectada por el VIH, en particular en los países con epidemias generalizadas. Aun en los países de ingreso mediano, los hogares y las comunidades proporcionan gran parte del cuidado y apoyo. Si bien pocos servicios son tan técnicos que deberían ser proporcionados solamente por instituciones especializadas, muchos de los principios básicos de las intervenciones en la lucha contra el VIH/SIDA se enmarcan bien dentro de la esfera de competencia aun de organizaciones pequeñas, con la debida supervisión.

**Ejemplo.** A manera de ejemplo, en el informe del DEO no se citan los resultados de la evaluación del proyecto piloto de Poni en Burkina Faso, a efectos de que más de 60% de la población de las 500 aldeas de la provincia recibió educación directa sobre el VIH/SIDA y que la capacitación se extendió a más de 2.000 personas. En cambio, en el proyecto anterior de salud reproductiva se había capacitado a menos de 100 personas en la capital de la provincia y se planeaba llegar a un máximo de 20 aldeas. El uso de mecanismos basados en la comunidad ayudó a ampliar considerablemente esta cobertura en relación con la que ofrecen los proyectos clásicos de atención de salud<sup>12</sup>. Hay un acuerdo generalizado de que la cobertura es tanto un sustituto de importancia crítica para la ejecución general de los programas como un requisito para el cambio del comportamiento.

### **4. Movilización de la comunidad**

---

12. El DEO señala que la *eficacia en función de los costos* del proyecto piloto de Poni no se ha evaluado rigurosamente. Una evaluación externa intermedia señaló que, aunque el proyecto haya sido eficaz a los efectos de la sensibilización, puede ser más costoso y menos sostenible que otros (CCISD, 2001). También se ha puesto en tela de juicio la sensatez de vincular la movilización de la comunidad con la transferencia de fondos.



En el informe del DEO se subestima el volumen de trabajo realizado para preparar y guiar la movilización de la comunidad, y evaluar y documentar el impacto. En el informe titulado *Rural Workers' Contribution to the Fight against AIDS: A Framework for District and Community Action* (Royal Tropical Institute y otros, 2001) se sentó la base del proceso de movilización comunitaria mediante la presentación de objetivos, costos y lecciones de 10 años de experiencia en Tanzania y en otros países. Ese proceso fue revisado en un taller por 400 participantes, provenientes de 30 países de África, y facilitado por una autoridad mundial en participación. Los participantes visitaron comunidades que habían tomado medidas contra el SIDA, revisaron el documento y lo emplearon como base para una estrategia de movilización comunitaria contra el SIDA. A continuación, evaluaron la eficacia en función de los costos de la acción comunitaria en comparación con la de las ONG, el gobierno y el sector privado. En varios otros informes también se evaluó el impacto de la movilización de la comunidad, como se hizo en el examen intermedio del MAP y muchas misiones de supervisión y de apoyo técnico (por ejemplo, Delion, Peters y Bloome, 2004)<sup>13</sup>.

**Resultados.** Se ha comenzado a documentar las medidas tomadas por las comunidades y algunos de sus resultados concretos. Un creciente número de comunidades realiza análisis de situación, con mapas de cada comunidad para determinar dónde se propaga la epidemia y reflexionar sobre los factores que están dentro del control de la comunidad. Esas medidas han llevado a cerrar prostíbulos y bares cerca de las escuelas secundarias en Benin, enmendar las leyes de la aldea para castigar a los hombres que obligan a las niñas a tener relaciones sexuales en Tanzania, y organizar “canastas de alimentos” cada semana en el mercado para apoyar a los pacientes con enfermedades crónicas. Según la declaración de un miembro de una comunidad:

*Antes [del MAP] nadie hablaba realmente del SIDA fuera de las reuniones informativas. Ahora, todo*

*el mundo habla de esa enfermedad, dentro de la familia, las escuelas, las tiendas, etcétera. Antes, nadie se atrevía a hacerse la prueba; ahora muchas personas se la hacen; la prueba es lo normal. Antes, nadie sabía exactamente qué hacer ante un caso del SIDA; ahora muchas familias tienen personas con SIDA; hay muchas asociaciones de esa clase de personas.*

**Medición de los resultados.** Se emplean instrumentos e indicadores sencillos para medir los resultados y se han creado instrumentos de S&E para evaluar los resultados e incluir lecciones sistemáticamente en las operaciones. Por ejemplo, en Benin y el Camerún se usan “libretas de calificaciones”. Como resultado de estas evaluaciones, muchas comunidades han introducido importantes cambios en sus planes de acción.

#### **F. Seguimiento y evaluación**

En la evaluación del DEO se afirma que “a pesar de los ensayos piloto de los métodos innovadores de seguimiento en varios países, la trayectoria general del MAP en África en la ejecución de una sólida actividad de S&E para mejorar “el aprendizaje con la práctica” es débil y similar a la trayectoria de S&E de la cartera de proyectos terminados de lucha contra el VIH/SIDA” (pág. 50). La administración concuerda en que el S&E del MAP necesita mejorar, pero desea destacar dos puntos adicionales, a saber: a) en el examen no se reconocen debidamente los esfuerzos intensivos en marcha desplegados para mejorar el S&E, con los que se ha comenzado a lograr una considerable mejora sobre el terreno, aunque éste es un proceso difícil y lento, y b) no se puede suponer que el aprendizaje con la práctica no ocurre cuando falta un sistema formal de S&E, puesto que el MAP se realizó con la intención de proporcionar pequeñas cantidades de fondos a un enorme número de actores con capacidad latente para que aprendieran con la práctica durante la ejecución de sus propios proyectos pequeños.

**Método del MAP.** Dada la experiencia del Banco con sistemas débiles de S&E en proyectos realizados en África, incluso en proyectos anteriores de lucha contra el SIDA y de salud, el Banco decidió en el primer año de ejecución del MAP ayudar a los jefes de equipo de los proyectos y a sus homólogos en los países con: a) la creación de una guía operativa para el S&E de los programas (redactada en 2001, ampliamente examinada por los interesados y los socios técnicos y publicada en 2002), y b) la creación

13. El DEO señala que el documento de trabajo No. 79, citado antes (Delion, Peters y Bloome, 2004), también afirma que “[s]i bien las comunidades pueden medir algún progreso, como el número de personas sometidas a prueba, ... y el número de personas que reciben cuidado, se necesita crear instrumentos para comparar el impacto de la respuesta local entre diferentes comunidades y regiones, incluido un análisis de eficacia en función de los costos” (pág. 16).

de la capacidad de asistencia especial al país en materia de S&E en el Banco Mundial. Una de las primeras medidas tomadas en el Programa Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA fue crear el Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA (GAMET, por su sigla en inglés). A comienzos de 2003, el GAMET tenía tres funcionarios de dedicación exclusiva remunerados por el Banco y 15 consultores en S&E asignados al terreno<sup>14</sup> para ayudar a los países con proyectos del MAP o sin ellos a establecer y mantener sistemas de S&E de los programas. En abril de 2005, los consultores del GAMET habían realizado 115 visitas de apoyo para S&E a 33 países, y alrededor de 75% de esas visitas tuvieron lugar en África. Si bien esta actividad ha tardado mucho tiempo en mostrar resultados sobre el terreno, la evaluación más reciente de los marcos de referencia de S&E en los países del MAP (véase el Apéndice A) muestra una imagen mucho más prometedora que la presentada en el informe del DEO.

**Armonización y S&E.** La existencia de un sistema de S&E para los programas de un país apoyado por todos los donantes, en lugar de muchos sistemas separados, forma parte de los “Tres unos”, un vasto esfuerzo de armonización encabezado por el ONUSIDA que el Banco ayudó a lanzar en septiembre de 2003 y que fue respaldado por todos los principales donantes de fondos en Washington en abril de 2004<sup>15</sup>. El

14. El GAMET tenía su propia partida presupuestaria en el Plan de Trabajo y Presupuesto Unificado de 2004/2005 de US\$2,1 millón, que aumentará a US\$3,66 millones en 2006/2007.

15. El 25 de abril de 2004, el ONUSIDA, el Reino Unido y los Estados Unidos copatrocinaron una reunión de alto nivel en la que importantes donantes reafirmaron su compromiso de fortalecer la respuesta nacional al SIDA encabezada por los propios países afectados. Respaldaron **los principios de los “tres unos”** para lograr el uso más eficaz y eficiente de los recursos y asegurar una acción rápida y una gestión basada en los resultados: **Un** marco de acción sobre el VIH/SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados. **Una** autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio. **Un** sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país. Puede consultarse en [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Banco ha reforzado este método restringiendo sus criterios de acceso al MAP en lo que respecta al S&E de los proyectos de segunda generación del MAP.

**Conclusiones.** Las lecciones aprendidas se basan en que el establecimiento del sistema de S&E sobre el terreno exige un esfuerzo polifacético especial (que el Banco ha apoyado) y que lleva tiempo. Lleva todavía más tiempo asegurar que el seguimiento se convierta en evaluación que afecte al sistema de adopción de decisiones de los programas. También exige incentivos para asegurar que el S&E se considere tan indispensable, por ejemplo, como un sólido sistema de gestión financiera y presentación de informes. Esta es una antigua cuestión surgida en los proyectos apoyados por el Banco, señalada en varias otras evaluaciones del DEO; será interesante ver qué se encuentra en futuras evaluaciones del DEO de los proyectos terminados del MAP y qué lecciones amplias se pueden aprender de las actividades del GAMET. La administración acogería con beneplácito sugerencias más específicas del DEO sobre la forma de mejorar el sistema de S&E.

## Recomendaciones del DEO

La administración concuerda con los principios y las amplias metas en que se basa la mayoría de las recomendaciones del DEO y, en realidad, ya ha puesto en práctica algunas de ellas. Por ejemplo, el Programa de Acción Mundial sobre el VIH/SIDA actualmente en preparación destaca un mayor apoyo a la planificación estratégica y priorización en los países, ejecución y S&E como campos prioritarios. Sin embargo, la administración señala algunos problemas con ciertas recomendaciones del DEO; por ejemplo: a) algunas son relativamente generales y radicales; b) se relacionan con las dificultades que desde hace mucho tiempo el Banco intenta resolver y que intrínsecamente son muy difíciles de solucionar; c) exigen acción concertada con otros donantes y no pueden ser abordadas sólo por el Banco, y d) no admiten medidas correctivas rápidas de arriba abajo, sino que exigen un largo y lento proceso de fortalecimiento de la capacidad en los países. El Registro de las medidas tomadas por la administración, anexo a este documento, proporciona respuestas detalladas a las recomendaciones del DEO.

Anexo: Estado del seguimiento y de la evaluación del GAMET, por país, abril de 2005

País	Clasificación	Documento presentado a interesados: plan conceptual	Plan operativo gráfico de Gannt, con cita de responsabilidades	Plan/Pres. Costos S&E	Plan S&E	Personal CS S&E	Personal Ejec. S&E	AT para S&E en el país	TWG/ Grupo de trabajo S&E	Base de datos activa	Vigilancia biológica durante la APN	Vigilancia conductual	Aspectos de calidad	Seguimiento de activ. programas	Investigaciones/ evaluación	Toma de decisiones/ pruebas
Angola	3															
Benin																
Burkina Faso	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	ENT	SÍ	NO	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Burundi	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
Cabo Verde	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Congo Brazaville	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Côte d'Ivoire	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	ENT	SÍ	NO	SÍ	SÍ	ENT	ENT	ENT	NO
Etiopia	1/2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/DISP	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	ENT
Gambia	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO
Guinea Buisau	3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Guinea	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
Kenya	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
Lesotho	3	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO
Madagascar	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/D	SÍ	SÍ	SÍ
Malawi	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Mali	3	ENT	NO	NO	SÍ	SÍ	ENT	SÍ		NO	SÍ	SÍ	ENT	NO	N/D	NO
Mauritania	2	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	N/D	N/D	N/D	N/D
Mozambique	2	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	ENT	NO	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	NO	ENT	NO	NO
Namibia	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	NO

(Continúa en la página siguiente)

Anexo: Estado del seguimiento y de la evaluación del GAMET, por país, abril de 2005 (continuación)															
País	Clasificación	Marco S&E	Plan S&E	Plan/Pres. Costos S&E	Personal CS S&E	Personal Ejec. S&E	AT para S&E en el país	TWG/Grupo de trabajo S&E	Base de datos activa	Vigilancia biológica durante la APN conductual	Vigilancia	Aspectos de calidad	Seguimiento de activ. programas	Investigaciones/evaluación	Toma de decisiones/prueba
Niger	3	ENT	ENT	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	ENT	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Nigeria	2	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	ENT	NO	SÍ	NO
RCA	3	SÍ	NO	NO	SÍ	N/D	SÍ	NO	NO	SÍ	N/D	NO	NO	NO	NO
RDC	3	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Rwanda	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Senegal	1	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Sierra Leona	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO
Swaziland	2	ENT	ENT	NO	SÍ	ENT	ENT	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	ENT	NO	NO
Tanzania	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	ENT	NO	NO	SÍ	ENT	NO	ENT	NO	NO
Togo	3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Uganda	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	SÍ	SÍ
Zambia	3	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	ENT	NO	NO
ARCAN	2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/DISP	NO	NO	N/DISP	N/DISP	N/DISP	ENT	NO	NO
GLIA	2	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	Piloto	NO	ENT	NO	NO
IGAD	1	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	NO
LACP	2	SÍ	N/D	ENT	SÍ	SÍ	SÍ	N/D	N/D	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP
TAP	3	SÍ	NO	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	N/DISP	SÍ	SÍ	N/D

1 = se logró con éxito rotundo; documento marco, amplia base de datos, seguimiento activo del programa de operaciones.

2 = se logró con éxito parcial; adopción del marco nacional, definición y desarrollo parcial de la base de datos, acuerdo sobre los indicadores, funcionamiento deficiente del sistema.

3 = no se logró.

ENT = en transición N/D = no hay datos actualizados N/DISP = no hay datos disponibles CNS = Comisión Nacional del SIDA TWG = Grupo de trabajo técnico APN = Encuesta de demografía y salud BSS = Encuesta de vigilancia del comportamiento MICS = Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados LOAS = Muestreo por lotes para la garantía de la calidad ARCAN = Red de Fortalecimiento de la Capacidad Regional de África GLIA = Iniciativa de los Grandes Lagos sobre el VIH/SIDA IGAD = Autoridad Intergubernamental sobre el Desarrollo LACP = Asociación Panarabeña contra el SIDA TAP = Proyecto Regional para la Aceleración del Tratamiento del VIH/SIDA

## Registro de las medidas tomadas por la administración

Recomendación del DEO	Respuesta de la administración
<p><b>Aplicable a toda la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA</b></p> <p>1. <b>Ayudar a los gobiernos a ser más estratégicos y selectivos y a establecer prioridades mediante el empleo de su capacidad limitada para ejecutar actividades que puedan tener máximo impacto en la epidemia.</b> En particular, el Banco debe asegurar que haya suficiente apoyo en lo referente a la disponibilidad de bienes públicos y servicios de prevención para las personas con mayores posibilidades de propagar la infección por el VIH.</p> <p>a) El Banco debe ayudar a los gobiernos a priorizar y secuenciar la ejecución de actividades que puedan tener máximo impacto y permitan conseguir la participación de diversos sectores y ejecutores según su ventaja comparativa para trabajar en colaboración en busca de determinados resultados epidemiológicos. Es preciso evaluar los costos, la eficacia en función de los costos, el impacto, la equidad, las necesidades de recursos humanos y la sostenibilidad de otras estrategias de prevención, tratamiento y mitigación del SIDA.</p> <p>b) En los proyectos realizados en los países en todas las etapas de la epidemia se debe presentar sistemáticamente en forma gráfica el comportamiento de alto riesgo; vigilar la propagación del VIH y el comportamiento en las poblaciones con mayores posibilidades de contraer y propagar la infección por ese virus; asegurar a esas poblaciones una alta cobertura de información e intervenciones preventivas, y tomar medidas para reducir el estigma y los obstáculos jurídicos para la prevención y atención entre los grupos marginados. Una evaluación del punto hasta el cual sucede eso en cada país y un plan de acción para mejorar el desempeño permitirían cumplir con esta recomendación.</p> <p>c) En los países con alta prevalencia de la infección por el VIH/SIDA, el Banco debería trabajar con el gobierno y otros socios para evaluar los costos, los beneficios, la accesibilidad financiera, la sostenibilidad y las repercusiones en cuanto a equidad de los diferentes tipos de tratamiento de los pacientes de SIDA para que, a partir de esa base, se puedan adoptar decisiones razonables sobre la asignación de recursos de salud. Esta debe ser una prioridad aun si no se pretende financiar esa atención con recursos del Banco. Una encuesta de prevalencia de la infección por el VIH en la población reviste importancia crítica para entender el alcance y la distribución de la demanda de tratamiento y de diseño de estrategias eficientes de tratamiento y atención en los países de ingreso bajo duramente afectados.</p>	<p>1. La administración cree que las medidas tomadas con respecto a esta recomendación deben adoptarse, y se adoptarán, en forma conjunta con los asociados. El impacto eficaz exige actividades coordinadas armonizadas con los principales asociados en nuestro apoyo a los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. Las actividades intensivas para ayudar a los gobiernos a ser más estratégicos y selectivos, fortalecer la capacidad de acopio y análisis de datos sobre los patrones de comportamiento y el estado de infección por el VIH de grupos clave, y priorizar el trabajo a partir de datos epidemiológicos y programáticos son prioridades importantes en la versión preliminar del Programa Mundial sobre el VIH/SIDA del Banco (GHAP) y en el trabajo conjunto con los asociados, incluido el Grupo de Estudio Mundial (GTT), y reflejan el principio de los "Tres unos". El informe final del GTT incluye un conjunto de medidas (y responsabilidades) específicas para ayudar a los países a preparar "planes de acción priorizados para la lucha contra el SIDA que impulsen la ejecución, mejoren la supervisión, recalquen los resultados... y estén arraigados en planes de desarrollo y procesos de planificación más amplios." El Programa Mundial sobre el VIH/SIDA (GHAP) y el ONUSIDA trabajarán con otros asociados importantes para establecer un Mecanismo de Planificación Estratégica en septiembre de 2005 con el fin de ayudar a los países a elaborar planes nacionales estratégicos priorizados. Un mejor seguimiento del comportamiento exige acción internacional concertada a la cual contribuye el Banco en forma apreciable. Una mejor vigilancia biomédica y conductual es parte básica de un buen sistema nacional de S&amp;E y, junto con los asociados, el Banco ayuda a los países a fortalecer la vigilancia biomédica y conductual para que puedan identificar a los impulsores comprobados de la transmisión del VIH y dirigirse a ellos en forma eficiente. (Este es el programa de trabajo básico del Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA [GAMET] del GHAP. En el Anexo A se resume la situación de cada país). En África, los estudios analíticos para apoyar las decisiones sobre asignación de recursos han sido parte de varias inversiones nacionales en la lucha contra el SIDA y de dos proyectos regionales (la Red Regional Africana de Fortalecimiento de la Capacidad para la Prevención, el Cuidado y el Tratamiento del VIH/SIDA y el Programa de Acción para el Tratamiento). En Asia, se han realizado análisis en la India y Tailandia y está previsto uno en China. El GHAP incluye planes para apoyar más trabajo en algunos otros países. La administración no concuerda con la declaración sobre la importancia crítica de una encuesta de prevalencia de la infección por el VIH en la población: i) los datos de prevalencia de la infección por el VIH no ofrecen ninguna información sobre el estado de infección de una persona y su cumpli-</p>

Recomendación del DEO	Respuesta de la administración
	<p>miento con los criterios establecidos para recibir tratamiento; ii) estos datos medirían la demanda potencial, no la demanda real, que es mediada por el acceso y el costo, el cumplimiento con los criterios clínicos establecidos, la tolerancia fisiológica de los medicamentos y el compromiso de observar el régimen terapéutico.</p> <p>En particular, los procesos internos e internacionales para seguir el progreso referente a las estrategias nacionales ya existen dentro del marco del GHAP, el GTT y el proceso de gobierno del ONUSIDA. El Banco se compromete a seguir usando esos procesos y a asegurar la entrega oportuna de los informes pertinentes de esos organismos a los Directores Ejecutivos en los próximos tres años.</p>
<p>2. <b>Fortalecer las instituciones nacionales para administrar y ejecutar la respuesta a largo plazo, particularmente en el sector de salud.</b></p> <p>a) En la asistencia prestada por el Banco se debe hacer una distinción entre las instituciones y estrategias para la consecución de voluntad política (movilización) y las estrategias de ejecución eficiente y eficaz de actividades sobre el terreno. Se ha demostrado que ambos objetivos revisten importancia crítica, pero la experiencia muestra que quizá una sola institución no puede cumplir con ambos en forma eficiente.</p> <p>b) En la asistencia prestada por el Banco para la lucha contra el VIH/SIDA es preciso considerar las estrategias para fortalecer, ampliar y sostener la voluntad política en determinados entornos.</p> <p>c) Se necesita usar más el análisis institucional y político para mejorar la pertinencia y eficacia locales de las instituciones nacionales y subnacionales (incluidas las instituciones multisectoriales y las del Ministerio de Salud) en relación con la capacidad local, las realidades políticas y la etapa de la epidemia.</p>	<p>2. El fortalecimiento de las instituciones es una tarea prolongada y difícil con la cual luchan el Banco y muchos asociados en el sector del desarrollo. El empeño puesto por el Banco para fortalecer al sector de salud es mucho más amplio que su trabajo en la lucha contra el SIDA, pero dentro de los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA ya se tiene por práctica común incluir varios componentes para fortalecer la capacidad de prestación de servicios del sector de salud (a menos que un proyecto complementario de salud, nutrición y población ya realice esa función), y ampliar la capacidad de la autoridad nacional de coordinación del VIH/SIDA. La administración no está de acuerdo en que la efectiva ejecución y movilización en términos reales sean necesariamente dicótomas. De hecho, la buena ejecución a menudo está entre los medios más eficaces para lograr la movilización.</p> <p>Por ejemplo, la entrega de fondos a las comunidades para organizarse con el fin de que puedan cuidar a los huérfanos que ha dejado el SIDA es un acto de movilización y ejecución de una "actividad sobre el terreno". La ampliación de la voluntad política ha sido un importante objetivo en muchos países y, en particular, en la primera fase del MAP. El DEO señala esto como un importante logro del MAP (y también ha sido importante fuera de África). Asimismo, ya se realizan análisis institucionales y políticos en muchas regiones y proyectos del MAP.</p> <p>El apoyo para fortalecer las instituciones nacionales es una actividad armonizada. La administración empleará el proceso de gobierno del ONUSIDA para informar sobre el progreso del fortalecimiento institucional y proporcionará oportunamente la documentación pertinente a los Directores Ejecutivos en los próximos tres años.</p>
<p>3. <b>Mejorar la base de pruebas locales para la toma de decisiones.</b> El Banco debe crear incentivos para asegurarse de que el diseño y la administración de la asistencia prestada a los países para la lucha contra el SIDA estén orientados por pruebas locales pertinentes y oportunas y rigurosos estudios analíticos.</p>	<p>3. La mejora del sistema nacional de S&amp;E como fuente de información para la toma de decisiones es una meta clave de los "Tres unos" (dentro de este contexto, el Banco estuvo de acuerdo con otros donantes y clientes a efectos de que habrá solamente un sistema de S&amp;E en un país para todos los donantes) y un punto central del trabajo del GHAP, den-</p>

Recomendación del DEO	Respuesta de la administración
<p>a) El Banco debe publicar de inmediato —en los próximos seis meses— un inventario y una evaluación detallados del grado de ejecución de todas las actividades de S&amp;E planeadas y la disponibilidad y comparabilidad con el tiempo de los datos sobre insumos, productos y resultados pertinentes para evaluar la eficacia de los programas, en todos los países con proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el VIH/SIDA y componentes de importancia. Esta evaluación debe servir de base para un plan de acción a plazo fijo para mejorar los incentivos de S&amp;E en la asistencia prestada por el Banco para la lucha contra el VIH/SIDA, con objetivos explícitos en términos de mejor seguimiento y uso periódico de la evaluación para mejorar la eficacia de los programas.</p> <p>b) En los proyectos en marcha y los que están en etapa de planificación se debe señalar con anticipación un programa de investigaciones y estudios analíticos encomendados sobre los asuntos prioritarios del programa de lucha contra el SIDA.</p> <p>c) Las intervenciones programáticas piloto deberán evaluarse en forma independiente antes de duplicarlas o ampliarlas; las que se han intensificado sin el beneficio de la evaluación deberán someterse a ésta en los 12 meses siguientes como requisito para su continuo financiamiento.</p> <p>d) El Banco debe convertirse en un “Banco de conocimientos sobre el SIDA” por medio de lo siguiente: mantenimiento de una base central de estudios analíticos sobre el SIDA patrocinados o administrados por el Banco —con las evaluaciones correspondientes— que sea completa, actualizada y accesible para los funcionarios, los clientes, los investigadores y el público; creación de un mecanismo para la divulgación regular de los resultados de los estudios analíticos del Banco sobre el SIDA al público interno y externo; traducción de los productos de importancia clave, e inversión en estudios analíticos e investigaciones transnacionales de carácter prioritario, que es un bien público internacional.</p>	<p>tro del marco de su asociación con el ONUSIDA y con otros importantes actores. El GAMET del GHAP ofrece extenso apoyo sobre el terreno para ampliar la capacidad y los sistemas de S&amp;E, y ya está en marcha el trabajo correspondiente en la mayoría de las regiones y países. En el Anexo 1 se resume la situación de desarrollo del sistema de S&amp;E en los países duramente afectados. Los proyectos repetidos del MAP ya incluyen estrictos requisitos en materia de S&amp;E. La administración cree que este nivel de apoyo intensivo para el S&amp;E no tiene precedentes en una cartera de proyectos del Banco (especialmente en vista de las dificultades generalizadas de S&amp;E observadas en los proyectos del Banco) y espera que muestre resultados, pero eso llevará tiempo. Con respecto a investigaciones y análisis, se necesitan muchos más, pero no se pueden ni deben determinar todos con anticipación<sup>1</sup>. Reviste importancia crítica la asistencia prestada a los países para señalar y abordar sus propias prioridades de investigación. La mayor dificultad está en asegurar que, de hecho, se realicen las investigaciones y los estudios analíticos planeados. En la versión preliminar del GHAP se incluyen investigaciones y análisis complementarios de las cuestiones prioritarias. En lo que respecta a una evaluación independiente de las intervenciones piloto, se han expresado profundas preocupaciones con respecto al costo, al costobeneficio y a la factibilidad. La administración reconoce que sería preciso evaluar las intervenciones en gran escala, pero no establecería esa necesidad como un requisito para el financiamiento de las operaciones de alta prioridad.</p> <p>La administración está de acuerdo en continuar su extensa actividad, en estrecha asociación con los principales donantes, para ayudar a los países a fortalecer el sistema de S&amp;E. En lo que respecta a la base de conocimientos del Banco, el GHAP ha contratado a un oficial superior de conocimientos. En la versión preliminar del GHAP se esboza lo que la administración se compromete a realizar en el campo del desarrollo de conocimientos, y el programa de trabajo del GHAP para el ejercicio de 2006 incluye el programa de desarrollo de conocimientos. La administración informará sobre el progreso alcanzado en materia de S&amp;E en los países clientes y sobre sus actividades relacionadas con la base de conocimientos en la próxima actualización del GHAP.</p>

**Aplicables al MAP en África**

4. El MAP en África se ha diseñado para mitigar los riesgos relacionados con la voluntad política y la ejecución, pero hay pocos mecanismos estructurales para asegurar su eficiencia o eficacia. Estos riesgos se pueden reducir por medio de las siguientes medidas (además de las recomendaciones citadas, aplicables a todos los proyectos):

- a) **Una minuciosa evaluación técnica y económica de los planes estratégicos nacionales y de la política gubernamental sobre el SIDA y un inventario de las actividades de otros donantes de-**

De conformidad con las recomendaciones del examen intermedio del MAP de 2004, las evaluaciones de los planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA —habida cuenta del apoyo de otros donantes— ya son parte de la preparación de proyectos y de los exámenes ordinarios y conjuntos de proyectos del MAP. El programa de acción del GHAP y las medidas detalladas en el informe final del GTT asignan alta prioridad al

1. El DEO señala que su recomendación no implica que sea necesario identificar todas las investigaciones con anticipación ni que los países deban abstenerse de participar en el proceso de identificación previa.

Recomendación del DEO	Respuesta de la administración
<p><b>berán convertirse en parte habitual de la preparación de proyectos del MAP.</b> Cuando se determine que los planes estratégicos nacionales son inadecuados como base para priorización y secuenciación de las actividades, el Banco deberá hacer participar al gobierno en discusiones estratégicas, basadas en información suministrada por los estudios analíticos, con el fin de puntualizar prioridades programáticas que reflejen la etapa de la epidemia, las restricciones de la capacidad y el contexto local. Los proyectos de continuación deberán estructurarse de tal forma que aseguren la realización de las actividades prioritarias, incluso la disponibilidad de bienes públicos y servicios de prevención para las personas con comportamiento de alto riesgo.</p> <p>b) <b>Los objetivos de la participación de los diferentes segmentos de la sociedad civil deben enunciarse con claridad para hacer una distinción entre los actores que participan con fines de movilización política y los que tienen los conocimientos especializados y una ventaja comparativa para ejecutar actividades con impacto directo en la epidemia.</b> Los resultados de las actividades de lucha contra el SIDA similares a las de desarrollo impulsado por la comunidad deben evaluarse rigurosamente con respecto a su eficacia para cambiar el comportamiento o mitigar el impacto antes de renovarse, de conformidad con las recomendaciones de la evaluación del desarrollo comunitario hecha por el DEO. Como parte de este empeño, es preciso evaluar la complementariedad o la competencia entre las actividades de lucha contra el SIDA similares a las de desarrollo impulsado por la comunidad y la respuesta del sector público descentralizado.</p> <p>c) <b>El Banco debe concentrar el apoyo para la ejecución en los sectores cuyas actividades tengan máximo impacto potencial en la epidemia y con alguna ventaja comparativa en materia de ejecución —como el Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas, los sectores de educación, transporte y otros, según el país— y asegurar la futura disponibilidad de los recursos para supervisar sus actividades.</b> Los objetivos de la acción multisectorial contra el SIDA —particularmente en términos de movilización política y ejecución— también necesitan una enunciación más clara; los principales actores con respecto a cada uno de estos dos objetivos deben definirse con más claridad. Es preciso realizar una evaluación por países de la relación existente entre el apoyo del MAP a los ministerios sectoriales y las actividades de lucha contra el SIDA en la asistencia prestada a sectores distintos del de salud y su relativa eficacia, con miras a mejorar su complementariedad y a usar los recursos de supervisión en forma eficiente.</p>	<p>fortalecimiento de la planificación estratégica de los países y a la mejor armonización, alineación y coordinación entre los donantes, y enumeran medidas (con responsabilidades) específicas; además, han establecido un proceso y un cronograma para seguir el progreso. Como se señaló antes, la administración no concuerda con una distinción absoluta entre la movilización política y la ejecución. Si bien se necesitan más resultados de evaluación, la administración no está de acuerdo con la recomendación secundaria específica de una “evaluación rigurosa” de los muchos miles de actividades similares a las de desarrollo impulsado por la comunidad, que no es factible ni accesible en sentido financiero. Tras la experiencia adquirida al principio con los proyectos del MAP y el examen intermedio del MAP de 2004, ya ha ocurrido un cambio para enfocarse en los principales sectores con potencial de mayor impacto en la epidemia (lo cual se refleja también en el GHAP). La educación es un ejemplo clave y es el punto de enfoque de las actividades especiales en marcha del Equipo de Educación/Red sobre Desarrollo Humano (HDNED) y del GHAP.</p> <p>Con arreglo al MAP, la administración está de acuerdo en que se haga un riguroso análisis de los planes estratégicos nacionales —teniendo en cuenta el apoyo de otros donantes— y, como se señaló antes, ya ha comenzado a trabajar en eso. También ha pasado a apoyar varios sectores clave. La administración informará sobre el progreso alcanzado dentro del marco de la actualización sobre el MAP.</p>



## APÉNDICE M: RESUMEN DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ SOBRE LA EFICACIA EN TÉRMINOS DE DESARROLLO

---

El 20 de julio de 2005, el Comité sobre la eficacia en términos de desarrollo examinó el informe titulado *Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA – Evaluación del DEO sobre la asistencia proporcionada por el Banco Mundial para el control del VIH/SIDA*, la respuesta preliminar de la administración, y la *Declaración del Grupo de Asesores Externos*.

**Antecedentes.** El informe fue la primera evaluación completa y detallada realizada por el DEO de la asistencia prestada por el Banco a los países en su lucha contra el VIH/SIDA. El objetivo de la evaluación era analizar la eficacia en términos de desarrollo de la asistencia proporcionada por el Banco a los países para ese propósito, y extraer conclusiones que permitieran mejorar las iniciativas en marcha y futuras. La evaluación abarcó la totalidad de la asistencia proporcionada a un país, incluido el diálogo sobre políticas, los estudios analíticos y el financiamiento. Hasta junio de 2004, el Banco había comprometido alrededor de US\$2.500 millones en créditos, donaciones y préstamos a 62 países para 106 proyectos. El informe incluía asimismo un análisis de las hipótesis, el diseño y los riesgos del Programa multinacional de lucha contra el SIDA (MAP) en África. Los proyectos del MAP representan las dos terceras partes de los proyectos activos y la mitad de los compromisos actuales para la lucha contra el VIH/SIDA; son una innovación con respecto a los proyectos de inversión tradicionales que constituyen la cartera de proyectos terminados y la cartera de proyectos activos sobre el VIH/SIDA en otras regiones; están concentrados en el continente más afectado y son señal del compromiso a más largo plazo del Banco. El informe se basó en evaluaciones anteriores y complementa a la evaluación realizada recientemente por el DEO de la participación del Banco en programas mundiales

**Observaciones y recomendaciones del DEO.** El DEO puso de relieve dos cosas: i) que el Banco merecía que se le reconociera el mérito de haber ayudado a

fortalecer la voluntad de luchar contra el VIH/SIDA, a inducir a los gobiernos a obrar más pronto o de una forma más enfocada y eficaz en función de los costos, a generar voluntad política, y a alentar a los gobiernos a obtener el apoyo de las ONG en los programas públicos de lucha contra el VIH/SIDA, y que debía continuar prestando apoyo a los países, y ii) que el Banco debía llevar un poco más lejos el “compromiso con los resultados” y ayudar a los países a utilizar los recursos con más eficacia y eficiencia a fin de mejorar los resultados de la asistencia en materia del VIH/SIDA, y reforzar el proceso de seguimiento y evaluación (S&E). El DEO aclaró varios aspectos del informe, entre ellos: i) que el análisis del diseño del MAP se había efectuado sobre la base de los datos obtenidos de proyectos terminados y otras fuentes, pero que no se había evaluado la eficacia de los proyectos del MAP, ninguno de los cuales estaba terminado aún; ii) que en el informe se apoyaba la idea de una respuesta multisectorial conforme a un orden de prioridades, y no se abogaba por que los Ministerios de Salud controlaran las inversiones nacionales en actividades de asistencia a la lucha contra el VIH/SIDA en todos los países; iii) que en el informe se señalaba que la participación de la comunidad era un logro importante, pero se señalaba también que era necesario fortalecer el S&E de su eficacia para producir resultados y enunciar con más claridad los objetivos de la participación de distintos sectores de la sociedad civil, y iv) que las recomendaciones del DEO relativas a la prevención del VIH/SIDA entre las personas cuyo comportamiento era de máximo riesgo tenían por objeto complementar, más bien que sustituir, a la asistencia prestada a la población en general en caso de una epidemia generalizada. El DEO recalcó además que el informe se refería a toda la asistencia prestada por el Banco a la lucha contra el VIH/SIDA, no sólo a la prestada en África. Las recomendaciones relativas a toda la asistencia del Banco eran las siguientes: i) ayudar a los gobiernos a actuar en forma más estratégica y selectiva, a priorizar y realizar las actividades que producirán mayor impacto, lo que incluye asegurarse de que los bienes públicos y la

prevención entre los que tienen más probabilidades de propagar el VIH reciban apoyo; ii) fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales para administrar e implementar la respuesta a largo plazo, especialmente en el sector de salud, y iii) mejorar la base local de datos para la adopción de decisiones mediante la creación de incentivos para la evaluación de las actividades de programas y la realización de estudios analíticos rigurosos.

**Respuesta de la administración.** La administración recibió con agrado el informe y estuvo de acuerdo con muchos de los puntos planteados, así como con lo fundamental de las recomendaciones. Observó que muchas de las cuestiones planteadas se estaban abordando, incluso las que se referían específicamente al MAP, que habían sido objeto de un examen interno. Corroboró la importancia atribuida por el DEO a la necesidad de seguir aumentando la eficiencia y eficacia del apoyo del Banco para mejorar los resultados, subrayando al mismo tiempo que el Banco no era la única institución que proporcionaba asistencia en ese ámbito. La administración reconoció las limitaciones señaladas por el DEO, las que también habían salido a la luz en su examen interno, como la necesidad de ayudar a mejorar la planificación estratégica nacional y la asignación de prioridades en el marco de la asistencia, y de reforzar el proceso de S&E. Observó también que para mejorar el S&E se requería no sólo la intervención del Banco, sino la acción concertada de los asociados nacionales e internacionales. Los dos puntos respecto de los cuales hubo opiniones divergentes fueron: la función de las comunidades y la sociedad civil, que la administración consideraba parte esencial y complementaria de la función del gobierno, y la concentración de la atención en el sector de salud en lugar de una estrategia multisectorial en que la administración recalca la necesidad de fortalecer el sector y, al mismo tiempo, colaborar con otros sectores.

**Conclusiones generales y próximos pasos.** El Comité acogió favorablemente el informe de evaluación y hubo un productivo debate sobre las dificultades que presentaba la lucha contra el VIH/SIDA. Los miembros del Comité reafirmaron la función que incumbía al Banco, conjuntamente con otros asociados para el desarrollo, en la respuesta al complejo y apremiante problema del VIH/SIDA, que amenaza con socavar los progresos logrados en términos de desarrollo. Dado el reto que, por su naturaleza, suponía el problema del VIH/SIDA, los

miembros recalcaron la necesidad de responder con medidas audaces, innovadoras y flexibles, y reconfirmaron además la necesidad de aplicar un enfoque multisectorial. Algunos miembros estimaron que la evaluación del DEO era útil para un debate fundamental e importante orientado a aclarar el papel del Banco. Hubo amplio acuerdo con muchas de las recomendaciones, salvo las relativas a las respuestas basadas en la comunidad y a los grupos de alto riesgo, como se detalla más adelante. Varios miembros tenían dudas acerca de la metodología utilizada para la evaluación y les preocupaba su tono, e hicieron observaciones sobre aspectos que el DEO podría haber tratado con más detalle o incorporado en mayor medida. Los miembros estuvieron de acuerdo con lo fundamental de la respuesta preliminar de la administración y reconocieron los esfuerzos desplegados recientemente para fortalecer la asistencia del Banco, sobre todo del MAP en África, mediante varios exámenes autocríticos internos, entre ellos el examen intermedio del MAP llevado a cabo en 2004.

Los comentarios de los oradores se centraron en los aspectos siguientes: la identificación y el compromiso de los países con los programas; el enfoque multisectorial y el papel del Ministerio de Salud; la focalización de la asistencia; el sistema de desarrollo comunitario y la participación de la sociedad civil; el S&E, y la armonización con las iniciativas y asociaciones mundiales. En general, el Comité apoyó la propuesta del Grupo de Asesores Externos de que se formulara una estrategia que habría de guiar a la asistencia global del Banco en la lucha contra el VIH/SIDA.

Las siguientes fueron las principales cuestiones planteadas durante la reunión:

**La importancia del sentido de propiedad y el compromiso de los países.** Se hizo hincapié en la importancia de un amplio compromiso a nivel nacional, incluidos los gobiernos y las comunidades locales, y de la aplicación de estrategias específicas para cada país a fin de que las intervenciones, incluso del MAP, fueran eficaces. Se estuvo de acuerdo con la recomendación del DEO de que el Banco debía ayudar a los gobiernos a formular estrategias nacionales propias, sólidas y suficientemente priorizadas, las que deberían servir de base para el apoyo coordinado de los donantes. Se hicieron preguntas sobre la forma en que el Banco prestaba apoyo a la integración de las cuestiones relativas al VIH/SIDA en la planificación del desarrollo, las estrategias de lucha contra

la pobreza y los procesos de asignación presupuestaria, y sobre cómo incorporaba esas cuestiones en las estrategias de asistencia a los países. Otros hicieron hincapié en la necesidad de asignar prioridad al fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos, las comunidades locales y las ONG para hacer frente a la enfermedad.

**Apoyo al enfoque multisectorial.** Los miembros y los oradores recalcaron que el problema del VIH/SIDA exigía una respuesta integrada y multisectorial. Varios miembros hicieron comentarios sobre la complejidad de un enfoque multisectorial, que exigía voluntad política del más alto nivel, un vigoroso liderazgo, y una definición clara de la función de diversos interesados sobre el terreno, entre ellos los Ministerios de Salud. Aunque algunos miembros estaban de acuerdo con la opinión vertida en el informe del DEO de que la función de los Ministerios de Salud era esencial y que era preciso fortalecer al sector de salud en general, otros compartían las opiniones de la administración y se oponían a la idea implícita en el informe de que los Ministerios de Salud debían ejercer control sobre las inversiones nacionales en proyectos de lucha contra el VIH/SIDA o que la asistencia para ese tipo de proyectos se había prestado a expensas del desarrollo del sector de salud en general. Otros oradores subrayaron además la importancia de establecer amplias asociaciones a nivel nacional, y de definir la intervención en la ejecución según el contexto de cada país en particular. Uno de los miembros consideraba que el informe había sido malinterpretado y que en algunos casos los Ministerios de Salud podían desempeñar una función más importante en la coordinación de las actividades multisectoriales de los diversos interesados. Algunos oradores se refirieron además a los posibles beneficios de un enfoque regional y citaron como ejemplo, entre otros, el proyecto Lagos-Abidján. En apoyo del enfoque multisectorial, el DEO señaló que con un enfoque de ese tipo basado en los Ministerios de Salud se había logrado obtener la participación de los ministerios de mayor importancia cuando existía una fuerte voluntad política. Dijo también que los mecanismos de implementación debían ser específicos para cada país y reiteró la recomendación contenida en el informe de que el Banco se concentrara en la implementación de actividades en aquellos sectores que tenían mayores posibilidades de producir efectos en la epidemia y cierta ventaja comparativa. La administración señaló que la comunidad mundial para el desarrollo consideraba que el VIH/SIDA era un problema general de desarrollo que no se podía abordar centrando la atención en un solo

sector, si bien el fortalecimiento del sector de salud seguía siendo importante.

**Focalización de la asistencia.** Algunos oradores expresaron preocupación acerca de la recomendación del DEO de que los destinatarios de la asistencia debían ser los grupos de alto riesgo y los comportamientos de alto riesgo. Compartían los puntos de vista de la administración acerca de la complejidad de la transmisión y el riesgo, en tanto que otros hicieron notar el desacuerdo entre el DEO y la administración sobre la causa principal de la infección. Uno de los miembros dijo que la asistencia debía centrarse en las mujeres y los jóvenes. Los miembros recalcaron la necesidad de realizar un análisis más cuidadoso y matizado, que abarcara la dinámica cultural y social, para comprender mejor la estrategia de autoría nacional y prestarle apoyo. El DEO señaló que no estaba proponiendo que la asistencia del Banco se dirigiera exclusivamente a los grupos y comportamientos de alto riesgo a expensas de otros tipos de apoyo en casos de epidemia generalizada. Dijo que los datos reunidos indicaban que la información y los servicios de prevención no estaban llegando a los grupos de alto riesgo, situación que era preciso subsanar.

**El papel de las comunidades.** Varios oradores se mostraron en desacuerdo con las recomendaciones sobre respuestas con base en la comunidad y expresaron su apoyo a la respuesta de la administración; muchos otros estimaban que las respuestas con base en la comunidad y la participación de la sociedad civil eran importantes. Un miembro se reservó la opinión sobre si las conclusiones de la evaluación sobre desarrollo comunitario eran aplicables al VIH/SIDA o si se podían aducir razones especiales para que las comunidades locales participaran en una respuesta eficaz al problema del VIH/SIDA. El DEO explicó que en el informe sobre el VIH/SIDA se propugnaba la participación de las comunidades y la sociedad civil, y se reconocían los esfuerzos desplegados por el Banco para alentar a los gobiernos a colaborar con las ONG y las comunidades en la implementación de una respuesta nacional al problema del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, el DEO reiteró que el S&E de las actividades de nivel comunitario había sido débil y que hasta el momento se sabía poco acerca de su eficacia. Por lo tanto, recomendaba que se formularan objetivos de colaboración con distintos sectores de la sociedad civil y que los resultados de la asistencia en materia de VIH/SIDA tras la aplicación de un sistema de desarrollo comunitario fueran objeto de

una evaluación rigurosa para determinar su contribución a los resultados.

**Intensificación de las investigaciones y el S&E.** El Comité confirmó las recomendaciones relativas al S&E y la opinión de que el Banco debía prestar apoyo al fortalecimiento de las capacidades locales en este ámbito, en colaboración con otros asociados. Se formularon las siguientes observaciones dirigidas específicamente a la base de investigaciones y al S&E: la importancia de equilibrar las actividades con el carácter de emergencia del VIH/SIDA y la necesidad de actuar con rapidez y obtener resultados inmediatos; en el análisis de los factores subyacentes se debían tener en cuenta los aspectos de género; la difícil tarea de formular criterios claros e indicadores de los resultados, y la necesidad de mejorar los datos; la necesidad de establecer asociaciones amplias, y la importancia del S&E y de la comunicación de los estudios de investigación y la experiencia del Banco con fines de aprendizaje. Se hicieron preguntas acerca de la experiencia con un proceso de S&E intensificado en los proyectos del MAP y del papel del Equipo mundial de seguimiento y evaluación del VIH/SIDA (GAMET) en la solución de las deficiencias del sistema de S&E. La administración se refirió detalladamente a las extraordinarias medidas tomadas por el Banco para fortalecer el proceso de S&E a través del GAMET, colaborando con asociados en la elaboración de manuales y sistemas para evaluar los progresos de los países, y movilizándolo a expertos mundiales para proporcionar apoyo a nivel de los países. El DEO reconoció esa labor, pero observó que era demasiado pronto para comprobar su eficacia y añadió que sería evaluada en el futuro en el contexto de las operaciones de cada país.

**Necesidad de vinculación con otras iniciativas mundiales.** Muchos oradores observaron que el Banco no actuaba solo, y que era necesario vincular el informe del DEO y la respuesta de la administración a las iniciativas y asociaciones mundiales más amplias, y a la labor de armonización y alineamiento. Opinaban que la asistencia del Banco debía ser compatible con el compromiso de éste con las recomendaciones convenidas y priorizadas del Grupo de Estudio Mundial (GTT) encabezado por el ONUSIDA, y con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el principio de los “tres

unos”. La administración insistió en que la asistencia prestada por el Banco a la lucha contra el VIH/SIDA representaba sólo una porción de la asistencia mundial para ese propósito y comentó sobre su apoyo coordinado y complementario con respecto a las recomendaciones del GTT, el GFATM y el principio de los “tres unos”. Destacó el papel central del GTT y de los esfuerzos coordinados a nivel mundial para traducir el concepto de los “tres unos” en medidas concretas. El DEO aclaró que la presente evaluación se había centrado en la asistencia prestada por el Banco a los países y que la complementaba la reciente evaluación del DEO de la participación del Banco en programas mundiales (incluso de salud), en la que se trataban cuestiones de coordinación con los asociados mundiales. Hizo notar que las conclusiones y recomendaciones del presente informe eran coherentes con las formuladas para los programas mundiales.

**Acogida favorable a una estrategia que guíe la asistencia del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA.** Algunos oradores expresaron apoyo a la propuesta del Grupo de Asesores Externos de que se estableciera una estrategia que sirviera de guía al Banco para la prestación de asistencia a la lucha contra el VIH/SIDA.

**Observaciones relativas a la evaluación del DEO.** Algunos oradores formularon observaciones sobre la metodología utilizada para la evaluación del DEO y señalaron además que en la evaluación se podría haber expresado más reconocimiento por las medidas adoptadas recientemente para mejorar la asistencia del Banco, en particular del MAP; se podría haber considerado la colaboración con otros interesados, incluida la función del sector privado, y la dinámica de género, y se podrían haber formulado recomendaciones operacionales más concretas. Respondiendo a las preguntas de algunos miembros sobre la forma en que se habían tenido en cuenta las evaluaciones internas autocríticas del Banco, incluido el examen intermedio del MAP realizado en 2004, el DEO dijo que había incorporado sus conclusiones en la evaluación. Sobre la cuestión de cómo formulaba el DEO sus recomendaciones, el Director General interino de Evaluación de Operaciones dijo que se preparaban en forma tal que permitieran a la administración responder con flexibilidad a las cuestiones planteadas.

*Chander Mohan Vasudev, presidente*

### Capítulo 1

1. Incluye los desembolsos efectuados hasta la fecha de todos los proyectos enfocados exclusivamente en la lucha contra el SIDA, activos y terminados, y el desembolso de componentes o actividades de lucha contra el SIDA de proyectos terminados, por un monto superior a US\$1 millón. El Gráfico 1.1 muestra en cuáles de esos proyectos el SIDA representó por lo menos 10% del compromiso total del Banco.

2. El Banco Mundial inició sus operaciones de préstamo para programas del sector de población a comienzos del decenio de los años setenta. Sólo a partir de la publicación del documento de política sectorial sobre salud titulado *Health Sector Policy* en 1980 se comprometió el Banco a conceder préstamos directos al sector de salud (Johnston y Stout, 1999).

3. Entre 1950 y 1990, la esperanza de vida en los países en desarrollo aumentó de 40 a 63 años, en gran medida por causa del progreso económico y de las inversiones en servicios sociales (Banco Mundial, 1997a). En 1996, la esperanza de vida en Zimbabwe y Sudáfrica era 22 y siete años menor, respectivamente, de la que se habría logrado sin el SIDA. Véanse más pruebas del impacto del SIDA en la mortalidad en África en los artículos de Boerma y otros, 1998; Timaeus, 1998, y Stover y Way, 1998.

4. En realidad, casi todas las sociedades han reaccionado en un principio a las indicaciones de la propagación del VIH afirmando que una transmisión de la infección de esa índole nunca podría iniciarse de manera autóctona (Mann y otros, 1992; Mann y Tarantola, 1996; Banco Mundial, 1997a). Una vez que las autoridades se han convencido de que existe una amenaza, su primera reacción a menudo consiste en tomar medidas legales discriminatorias en lugar de adoptar intervenciones de eficacia comprobada en el campo de la salud pública, que pongan el énfasis en la educación y la modificación del comportamiento. Véase en Garrett (1994) un compendio de ejemplos específicos de negación, falta de voluntad política y medidas represivas tomadas por los países en todos los niveles de desarrollo.

5. El examen del ONUSIDA hecho por el DEO (Lele y otros, 2004) se basó extensamente en un análisis de la *Five-Year Evaluation of UNAIDS* (evaluación quinquenal del ONUSIDA) (Poate y otros, 2002).

6. El DEO realiza una evaluación constante de la asistencia prestada por el Banco al sector de educación primaria. Por ejemplo, se han hecho evaluaciones sobre fondos sociales (Carvalho y otros, 2002), desarrollo social (Parker, 2004) y género (Gopal y otros, 2001).

7. El único examen previo de la eficacia de la asistencia del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA fue un estudio documental de Dayton (1998), que cubrió los proyectos terminados hasta mediados de 1997. En esa época, se habían terminado sólo ocho proyectos, de los cuales uno estaba enfocado exclusivamente en la lucha contra el SIDA (SIDA en el Zaire) y sólo uno había recibido una calificación del DEO.

### Capítulo 2

1. La suma total del préstamo, crédito o donación aprobados que aparece en el Gráfico 2.1 se atribuye al año de aprobación del proyecto, pero los recursos para cada uno de estos compromisos se desembolsaron a lo largo de la duración del proyecto. El Apéndice C contiene una lista de los proyectos de lucha contra el SIDA y de los componentes por un monto superior a US\$1 millón.

2. El Gráfico 2.2 se basa en el inventario de estudios analíticos resumido en el Apéndice E y colocado en la página de evaluación del sitio web ([www.worldbank.org/oed/aids](http://www.worldbank.org/oed/aids)). Debido a la falta de uniformidad de las convenciones para la presentación de informes y los sesgos de rememoración de datos, el inventario es más bien una lista indicativa y no definitiva de los estudios analíticos del Banco (véase el Capítulo 3).

3. Recién en 1994 se descubrió que la mediana de tiempo transcurrido entre la infección por el VIH y el SIDA era de unos 10 años (Hessol y otros, 1994). Cuando se publicó *El SIDA en el mundo II*, en 1996, prevalecía la idea de que el período de incubación en los países en desarrollo era mucho más corto (Mulder, 1996). Más tarde se descubrió que no era así. Ciertas características, como el período de incubación y la infectividad, son fundamentales en la creación de modelos de la propagación epidemiológica de la infección por el VIH y su repercusión sobre la mortalidad, a partir de lo cual se hacen las estimaciones del impacto.

4. La mejora del tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) comunes fue una de las principales recomenda-

ciones programáticas para prevenir la infección por el VIH, en la que, por otra parte, el Banco invirtió grandes sumas. Sin embargo, los resultados de estudios aleatorizados controlados acerca del impacto del tratamiento de las ETS sobre la incidencia de infección por el VIH difirieron según la sede de las investigaciones. Un estudio aleatorizado comunitario efectuado en Mwanza (Tanzania) indicó que el mejor tratamiento de las ETS sintomáticas por intermedio del sistema de salud disminuyó la incidencia de infección por el VIH en más de 40% (Grosskurth y otros, 1995). Tres años después, en un estudio aleatorizado sobre el tratamiento masivo de la población contra las ETS en el distrito de Rakai, en Uganda, no se descubrió efecto alguno sobre la incidencia del VIH (Wawer y otros, 1998). Se ofrecieron numerosas explicaciones de este resultado contradictorio: la fase de la epidemia, los niveles iniciales de comportamiento sexual y prevalencia de las ETS, y otros (Hitchcock y Fransen, 1999; Grosskurth y otros, 2000; Orroth y otros, 2003; White y otros, 2004; Korenromp y otros, 2005). El tratamiento de las ETS se mantiene aún en la cartera de prioridades de prevención, pero actualmente se asigna mayor importancia a otras estrategias.

5. Mann, Tarantola y Netter, 1992. El virus de la inmunodeficiencia humana se aisló en 1984 y la producción de los primeros análisis de sangre para la detección del VIH se autorizó en los Estados Unidos en 1985 (véase el Apéndice C-3).

6. Hacia fines del ejercicio de 1985, sólo se habían aprobado 18 proyectos de salud en todo el Banco, de los cuales siete correspondían a África al sur del Sahara. Ninguno había concluido. Hacia fines del ejercicio de 1989, se había aprobado un total de 45 proyectos de salud (22 en África), de los cuales sólo cinco estaban concluidos (ninguno en África) (DEO, 1998).

7. Según se informó en Banco Mundial, 1988; el DEO no pudo localizar los documentos originales de 1986.

8. "Apoyaremos a la Organización Mundial de la Salud en su empeño mundial por combatir el SIDA, una enfermedad que tiene consecuencias potencialmente graves para algunos países de África" (Conable, 1987).

9. De acuerdo con las entrevistas, la primera de estas estrategias se sometió a examen del "Consejo de la Presidencia" cuando estaba a cargo el presidente Conable, pero nunca fue adoptada oficialmente por la administración superior del Banco. No obstante, se difundió como documento de trabajo y sirvió de guía para la región de África. La estrategia de 1996 concluyó precisamente cuando la región de África experimentó una reorganización que disolvió el departamento técnico que había estado a cargo de la coordinación de la respuesta al SIDA. Se convirtió en uno de esos informes oficiales "de carátula gris" del Banco, pero los entrevistados informaron que no había sido distribuido por el coordinador entrante del proyecto de lucha contra el SIDA en África, quien lanzó la elaboración de una nueva estrategia en 1998.

10. Durante los primeros dos años, el costo de los servicios de

la especialista fue financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos, después de lo cual el Banco estuvo en condiciones de crear un nuevo cargo.

11. La CAS pone en marcha un selectivo programa de apoyo patrocinado por el Banco, vinculado con la estrategia de desarrollo de cada país y basado en la ventaja comparativa del Grupo del Banco dentro del marco de otras actividades de donación de fondos. El punto de partida corresponde a la visión que tiene el país de su propio desarrollo, tal como se define en el documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) o en procesos pertenecientes a otros países. La CAS incluye el diagnóstico pormenorizado de las dificultades que enfrenta el país en materia de desarrollo, tales como la incidencia, las tendencias y las causas de la pobreza, y se elabora con la consulta efectuada a las autoridades nacionales, las organizaciones de la sociedad civil, los socios en el desarrollo y otros interesados. Señala los campos donde la asistencia del Grupo del Banco puede ejercer su mayor influencia para combatir la pobreza. Incluye un marco de objetivos y de indicadores para controlar el desempeño del Grupo del Banco y del país para lograr los resultados propuestos y se revisa cada tres años.

12. Lamboray y Elmendorf, 1992; Banco Mundial, 1995, y entrevistas realizadas para efectuar esta evaluación. Sin embargo, por lo menos un país que demostraba un compromiso relativamente importante (Tailandia) rechazó la oferta de ayuda del Banco Mundial contra el VIH/SIDA en 1988, porque prefirió financiar exclusivamente con fondos propios su programa de prevención del SIDA que era por demás exitoso.

13. En el momento de aprobación del proyecto de lucha contra las infecciones de transmisión sexual (PITS) para Kenya, se consideró que el grado de compromiso del gobierno era adecuado; había en curso tres proyectos de salud, nutrición y población del Banco, y el PITS se complementó con las actividades de varios otros socios, como Alemania, Bélgica, Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Sin embargo, se sobreestimó el grado de compromiso del gobierno para la lucha contra el VIH/SIDA; con las actividades realizadas en colaboración con otros donantes se logró incrementar realmente el compromiso al finalizar el proyecto.

14. El Ministro de Salud del Zaire demostró un sólido compromiso, no observado en otros sectores del gobierno.

15. El DEO no pudo documentar la ejecución de estos proyectos ni la eficacia de estos componentes "modernizados" en los programas de salud: no se incluyeron en los documentos de diseño del proyecto y, como en general eran de poca importancia, excepcionalmente se mencionaban en los informes finales de ejecución (IFE) de los proyectos.

16. En el análisis de la carga de enfermedad se tiene en cuenta la carga preexistente de los pacientes con SIDA. Este tipo de análisis no tiene en cuenta el hecho de que el VIH es una infección cuya carga no se manifiesta durante años y que puede prevenirse de ma-

nera sumamente eficaz en función de los costos si se actúa de inmediato, cuando la carga todavía es baja.

17. El informe ofrece, en realidad, algunas recomendaciones acerca del SIDA en un recuadro y solicita una respuesta a través de políticas públicas por parte de los gobiernos de los países de África con el fin de iniciar la prevención. Se asigna prioridad a la educación pública bien orientada, las campañas para promover el uso de preservativos, y la detección y el tratamiento de otras ETS. El documento también expresa la premura con que deben atenderse las necesidades del creciente número de pacientes con SIDA.

18. Información para el público sobre medidas de prevención; promoción del uso de preservativos; disminución de la transmisión del VIH por vía sanguínea; integración de los servicios de prevención del VIH y las ETS; análisis de detección efectuados en forma voluntaria y anónima, y vigilancia de la salud pública.

19. La única mención que se hace del SIDA en el cuerpo principal del texto figura en la discusión acerca de las asociaciones mundiales con el ONUSIDA y para respaldar la investigación de una vacuna contra el SIDA. La cita del VIH/SIDA como problema de salud está incorporada en el Anexo C, “Servicios esenciales de salud, nutrición y población”, en una breve sección titulada “El resurgimiento de nuevas enfermedades transmisibles”. Al observarse la “creciente amenaza” que representan la tuberculosis, el paludismo y el SIDA, en el anexo se declara que “[es] preciso ajustar las políticas de prevención y tratamiento para poder mantenerse al día con estas tendencias” (Banco Mundial, 1997b, pág. 64).

20. El ONUSIDA se creó en enero de 1996 para reemplazar al PMS. Los otros cinco copatrocinadores originales eran la OMS, el PNUD, el FNUAP, el UNICEF y la UNESCO.

21. Banco Mundial, 1997a. La Comisión Europea y el ONUSIDA proporcionaron apoyo e información para elaborar el informe.

22. La publicación *Hacer frente al SIDA* fue realizada por el primer vicepresidente y economista principal del Banco, Joseph Stiglitz, que luego ese mismo mes habló sobre la urgente necesidad de enfrentar el SIDA en los países en desarrollo en el discurso pronunciado ante el Parlamento Europeo. Según el Departamento de Asuntos Externos del Banco, el informe se imprimió en grandes tiradas en todo el mundo y alcanzó gran difusión en los medios a fines de 1997 (División de Relaciones con los Medios de Información, 1997).

23. Urgió a los delegados a “declarar con voz clara y fuerte las palabras ‘SIDA’ y ‘prevención del ‘SIDA’”: el SIDA “debe colocarse adelante y en el centro, y debemos hacer hincapié en la prevención” (Wolfensohn, 1998).

24. En su discurso, definió la función de los donantes para mantener al SIDA en su programa de formulación de políticas, complementar los recursos de los países, “difundir ampliamente la información más reciente..., favorecer el intercambio de expe-

riencia entre los países”, y facilitar bienes públicos internacionales, como la evaluación y la investigación de vacunas (Madavo, 1998). Mientras afirmaba que el Banco aún no había hecho todo lo posible, se refirió al problema con la demanda que éste tenía: “Debido a que nuestros recursos son préstamos a los gobiernos, no podemos iniciar programas por cuenta propia. Los gobiernos tienen que buscar primero nuestro respaldo”. Las entrevistas efectuadas con motivo de esta evaluación indican que un hecho decisivo para lograr la promoción a alto nivel por parte del Vicepresidente recientemente electo para la región de África fue un simposio realizado en enero de 1998, que puso de relieve la notable reducción de la esperanza de vida en los países más afectados por la epidemia. Después de esta reunión, se ordenó al equipo administrativo regional —que agrupaba a gerentes de todos los sectores— que se ocupara de la epidemia.

25. Las normas para la aprobación de operaciones individuales subsiguientes dentro del presupuesto general se basan en los procedimientos del Directorio para los préstamos adaptables para programas. Las operaciones individuales dentro del presupuesto para los MAP en África se clasifican técnicamente como préstamos adaptables para programas, pero no son préstamos adaptables en forma individual y en la práctica se asemejan a los proyectos de inversión ordinarios.

26. En la siguiente reposición de recursos de la Asociación Internacional de Fomento (AIF 14), las donaciones ya no se dedicarán a la lucha contra el VIH/AIDS. Ahora, todo el respaldo del Banco a los países con los mayores problemas de deuda (en su mayoría pertenecientes a África al sur del Sahara) se otorgará en forma de donaciones, en tanto que a los países de bajo ingreso, con menor carga de deuda, el Banco ofrecerá un financiamiento en condiciones muy favorables.

27. La excepción es el PAPSCA en Uganda, que abarca medidas para mitigar la repercusión del SIDA y la guerra en los niños y las viudas.

28. Los proyectos se clasifican de acuerdo con la etapa en que se calcula que se hallará la epidemia en el momento de su aprobación. Hubo nueve proyectos para ocho países que no pudieron clasificarse debido a la falta de datos y que, por lo tanto, se clasificaron como “desconocidos”: Bhután y Sierra Leona (ONUSIDA no brinda información); Cabo Verde, Granada, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas (que no figuran en el anexo epidemiológico de ONUSIDA, 2004), y Moldova (prevalencia en la población según cálculos del ONUSIDA de 0,2%, pero no se dispone de pruebas de los niveles de infección en los grupos de alto o bajo riesgo). Esto subraya la importancia de lo expresado antes acerca del grado de incertidumbre en medio de la cual se toman las decisiones.

29. En un principio, los proyectos del Banco financiaban el tratamiento de las infecciones oportunistas de los pacientes con SIDA. Estas son infecciones que se mantienen a raya cuando el sistema

inmunitario funciona bien, pero que pueden resultar mortales cuando el sistema inmunitario del paciente se ha destruido. La infección oportunista de mayor prevalencia en los países en desarrollo es la tuberculosis. Antes de descubrirse el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que ataca al VIH en forma directa, la esperanza de vida de los pacientes con SIDA en los países de ingreso alto se había elevado ya en unos 18 meses gracias al tratamiento intensivo y a la prevención de las infecciones oportunistas. Incluso los pacientes con TARGA sufren infecciones oportunistas cuando falla el tratamiento, y la mayoría de estas infecciones son de tratamiento menos costoso.

30. Toda la gama de elementos de calificación para cada proyecto concluido (resultado, sostenibilidad, impacto en el desarrollo institucional, desempeño del Banco, desempeño de los prestatarios) figuran en el Apéndice C-2.

31. Las calificaciones de los resultados que aparecen en el Gráfico 3.3 para los proyectos realizados en Chad, Camboya y Uganda se basan en la evaluación efectuada sobre el terreno de sus componentes para la lucha contra el SIDA y no del proyecto completo.

32. El proyecto de lucha contra las infecciones de transmisión sexual de Zimbabwe carecía de objetivos institucionales.

### Caítulo 3

1. En el contexto de la epidemia del SIDA, los bienes públicos incluyen medidas como el suministro de información, evaluación e investigaciones operativas, vigilancia epidemiológica y del comportamiento, seguridad de la sangre, y adopción de precauciones universales para prevenir infecciones en el sistema de salud.

2. Los fondos de contrapartida aportados por el Gobierno de la India al terminar el proyecto ascendieron a US\$29,3 millones, cifra equivalente a casi el doble de los US\$15,6 millones estipulados en el convenio de crédito.

3. En este caso, los préstamos del Banco ayudaron a mantener seguro el gasto en prevención durante una época de crisis financiera (DEO, 2004b, pág. 29).

4. En Brasil, ya se había centrado la atención en algunos grupos con patrones de comportamiento de alto riesgo, pero la presencia del Banco promovió ese trabajo y dio legitimidad a actividades polémicas (Beyrer y otros, 2004).

5. En un principio, las Células estatales de control del SIDA se anexaron a los Ministerios de Salud de los estados, pero al final del primer proyecto, a partir de la experiencia del estado de Tami Nadu, casi todas se habían convertido en Sociedades estatales de control del SIDA (SACS) semiautónomas. La autonomía de las SACS facilitó considerablemente los desembolsos: según la ley de la India, las sociedades pueden recibir y desembolsar fondos sin pasar por el proceso normal de aprobación del gobierno. Se asignó en comisión de servicio a un cuadro mínimo de personal de los Ministerios del Estado, con la posibilidad de contratar personal téc-

nico complementario.

6. Antes de iniciarse el proyecto, el Programa nacional de lucha contra el SIDA ocupaba un bajo nivel jerárquico en el Ministerio de Salud, carecía casi por completo de fondos y estaba marginado. Casi todas las actividades de lucha contra el SIDA fueron financiadas por donantes y giraron alrededor del gobierno (DEO, 2004a).

7. Además del Ministerio de Salud, el proyecto aportó fondos para seis ministerios (Defensa; Gobierno Local; Género, Trabajo y Desarrollo Social; Educación; Justicia y Agricultura) y el Departamento de Información de la Presidencia.

8. Las actividades de lucha contra el SIDA de los sectores externos al de la salud se han estudiado pocas veces en los países evaluados por el DEO. La evaluación del programa “Las universidades hablan del SIDA” en la India constituye una excepción.

9. Esta comprobación se basa sobre todo en la experiencia en los países con epidemias concentradas y generalizadas, donde se necesita una mayor movilización de recursos y del público. No está claro cuál debe ser el grado de importancia de un programa de control del SIDA dentro del Ministerio de Salud para que sea eficaz en una epidemia incipiente.

10. En el uso general, el término “ONG” se puede aplicar a cualquier organización sin fines de lucro, independiente del gobierno, cuya principal finalidad sea el diseño y la ejecución de proyectos relacionados con el desarrollo. La distinción entre una organización no gubernamental y una organización de base comunitaria radica en que la primera suele ser una organización de servicio para beneficio de los demás, mientras que la última a menudo incluye a los beneficiarios de los proyectos dentro de la organización (Gibbs y otros, 1999).

11. En el PITS de Zimbabwe no se planeó ninguna participación de las ONG ni de las OBC; esa fue principalmente una actividad de adquisición de medicamentos contra las ITS y las infecciones oportunistas, destinada a complementar las actividades de otros participantes. Se desconoce hasta qué punto participaron realmente las ONG en el proyecto del Zaire.

12. En Indonesia, no se evaluó la capacidad de las ONG que realizarían las intervenciones destinadas a los grupos de alto riesgo.

13. Una excepción es la evaluación financiada por la USAID del modelo piloto de atención domiciliaria en Camboya, en el cual se examinaron sus efectos y su eficacia en función de los costos (Wilkinson y otros, 2000).

14. Gibbs y otros (1999) también observaron que el Banco y los prestatarios asignaban demasiado poca atención al ambiente de las ONG y las OBC, a su capacidad y al uso de prácticas comerciales apropiadas.

15. El Gráfico 3.2 muestra las intervenciones hechas en realidad, ya sea del gobierno o de otras organizaciones (como las ONG o las comunidades). Algunas intervenciones planeadas no se ejecutaron y algunas de las ejecutadas no se planearon. Las intervenciones que



aparecen en el Gráfico 3.2 son las principales intervenciones de los proyectos en la lucha contra el VIH, pero la lista no es exhaustiva.

16. El PITS en Zimbabwe no se centró en los grupos de alto riesgo, por suponerse que otros donantes financiarían esta actividad. El proyecto apoyó principalmente la compra de medicamentos para tratar las ITS, la TB y otras infecciones oportunistas.

17. En Uganda, recibieron los servicios solamente los grupos de riesgo “organizados”, como las fuerzas militares, la policía y la población encarcelada. En Kenya, la falta de activación de mecanismos para conseguir la participación de las ONG redujo la extensión del proyecto a los grupos de alto riesgo.

18. Esta falta de atención a la evaluación no es singular del Banco; la comunidad internacional de S&E del VIH/SIDA se ha concentrado sobre todo en el seguimiento (Rugg y otros, 2004).

19. Los ensayos aleatorizados controlados han demostrado la eficacia potencial de un reducido número de intervenciones en los países donde se realizaron y de conformidad con los arreglos de ejecución del estudio. Puede ser bastante distinta la eficacia de la misma intervención cuando se ejecuta a escala nacional por medio de los sistemas de salud pública, con sujeción a restricciones institucionales, financieras y de capacidad, en diversos marcos epidemiológicos o culturales. Además, la clasificación de las diferentes intervenciones según su eficacia en función de los costos varía mucho de un entorno a otro.

20. Como excepción, las intervenciones referentes a atención domiciliaria realizadas por las ONG locales y financiadas por medio del DCHDP de Camboya se evaluaron oficialmente antes de ser duplicadas en un plano más amplio, con financiamiento de la USAID (Wilkinson y otros, 2000).

21. El número de sitios de vigilancia del VIH aumentó de 55 en 1994 a 306 en 2001. De los 306 sitios establecidos a escala nacional, 163 sitios se hallaban entre mujeres que acudían a los dispensarios de atención prenatal, 121 en dispensarios de atención de ETS, 13 entre UDI, y solamente dos sitios de vigilancia entre trabajadores del sexo y otros dos entre HSH. En la fecha del examen a mitad del período del segundo proyecto de lucha contra el SIDA en 2003, no había cambiado el número de sitios entre los grupos de alto riesgo (17).

22. De 1997 a 1999 se notificó la prevalencia de infección por el VIH dos veces al año en los servicios de maternidad, las salas de urgencias y los dispensarios de atención de ETS. Sin embargo, el número de sitios fluctuó cada año, y se expresó preocupación a efectos de que los resultados obtenidos en los hospitales que se habían convertido en centros de referencia para el tratamiento del SIDA produjeran estimaciones sesgadas. A partir de 2000, la vigilancia nacional del VIH en las mujeres embarazadas se ha basado en una muestra aleatoria de 150 servicios hospitalarios de maternidad donde se atienden más de 500 partos al año, con una muestra aleatoria diferente de las instalaciones en cada ronda. Desde que se hizo la eva-

luación del DEO, sólo han concluido dos rondas de vigilancia, en 2000 y 2003, respectivamente. El sistema de vigilancia de Brasil siempre se ha enfocado mucho en los casos y la incidencia del SIDA. En ese sentido, la introducción de la vigilancia sistemática de la infección por el VIH y del comportamiento de cualquier clase ha sido un importante logro.

23. Tres estudios de unos 850.000 reclutas del ejército proporcionaron datos sobre el comportamiento, pero los indicadores recopilados en cada una de las encuestas fueron diferentes, de manera que no se pudo seguir la trayectoria de las tendencias.

24. La prevalencia del VIH en Burkina Faso, por ejemplo, se había estimado en 6% a 7% de la población, a partir de los resultados obtenidos en las mujeres que acudían a los dispensarios de atención prenatal. En la EDS de 2003, realizada en una muestra representativa de la población, se observó una prevalencia del VIH de sólo 1,8%. En Kenya, ONUSIDA había estimado la prevalencia de infección por el VIH en 15% en 2001 (ONUSIDA, 2002b); en el estudio de prevalencia basado en la población realizado por la EDS se observó una tasa de 7%.

25. En países como Uganda y Tailandia, las pruebas de los cambios en la incidencia de infección por el VIH han provenido principalmente de los resultados de la investigación académica; sin embargo, los presupuestos públicos de investigación en otros países analizados por el DEO no se emplean para examinar este asunto.

26. Después de haberse omitido las preguntas sobre los conocimientos relativos al SIDA y el comportamiento sexual en la primera Encuesta Nacional de Salud (1988), que debería servir de referencia, en la encuesta nacional de final del proyecto se empleó un marco de muestreo diferente, no representativo, con el que no se pudo establecer una comparación fundamental de los resultados con los de referencia ni con los de la EDS de 2000. La Encuesta Nacional de Salud fue financiada por el Banco Asiático de Desarrollo; la EDS de 2000, por el FNUAP, el UNICEF y la USAID, y la encuesta de evaluación final de 2002, por el DCHDP. En las dos primeras, el marco de muestreo era representativo a escala nacional (aunque en 1998 se excluyeron algunas provincias por causa de conflictos); en 2002, el marco de muestreo era representativo, a escala nacional, de las comunidades atendidas por centros de salud plenamente funcionales.

27. Los datos de la EDS de 1996-97, la encuesta de indicadores múltiples del UNICEF y la encuesta de conocimientos, actitud y prácticas (KAP) no fueron compatibles en la enunciación de las preguntas y las variables sobre las cuales se recolectó información, por lo que fue imposible discernir las tendencias de los conocimientos o del comportamiento sexual. La EDS de 1996-97 y la KAP de 2003 se financiaron con proyectos del Banco.

28. Los períodos de referencia para la declaración de parejas sexuales extraconyugales o cohabitantes fue diferente en la EDS re-

alizada en Uganda en 1995 (seis meses) y en 2000 (12 meses); por lo tanto, no se puede seguir la trayectoria de los cambios referentes a las parejas en esa clase de relación.

29. En algunos casos, los problemas de comparabilidad son sencillamente un asunto de presentación. Por ejemplo, en los informes finales de la EDS realizada en Burkina Faso y Kenya en 2003 se presentan solamente los resultados de preguntas con respuesta sugerida sobre el conocimiento de la transmisión del VIH, aunque también se hicieron preguntas abiertas (sin respuesta sugerida) y habrían sido comparables con los resultados de las encuestas hechas en esos países en 1998.

30. El PITS en Uganda financió el programa nacional sobre el SIDA en los años noventa, cuando cambiaron varios patrones de comportamiento importantes en la población. Sin embargo, en el informe final de ejecución no se pudo cuantificar la mayor parte de los productos del proyecto. Por lo tanto, no se sabe hasta qué punto podría atribuirse de una forma digna de credibilidad cualquiera de los cambios al programa gubernamental de lucha contra el SIDA financiado por el Banco.

31. El Banco fue el principal patrocinador externo de los programas gubernamentales de lucha contra el SIDA en Brasil, India (SIDA I) y Chad.

32. En las preguntas sin respuesta sugerida se pide al entrevistado que cite todas las formas de evitar el SIDA. En las preguntas con respuesta sugerida se pregunta al entrevistado directamente si (en ese caso) el SIDA puede evitarse con el uso de preservativos. Las respuestas a esas dos clases de preguntas no admiten comparación directa; en las encuestas en que se hacen ambas clases de preguntas, las respuestas a las preguntas con respuesta sugerida dan mejores resultados.

33. Este resultado no debe atribuirse necesariamente a ningún mensaje particular (sobre abstinencia, por ejemplo) de los programas de control del SIDA, sin otras pruebas de los mensajes transmitidos y del receptor de los mismos. En esas tendencias pueden influir varios factores económicos y cualquier aumento del conservadismo social.

34. DEO, 2003, Anexo D. Estos resultados corresponden a mujeres casadas en edad reproductiva; no se dispone de los resultados correspondientes a grupos de alto riesgo, que recibieron servicios dirigidos de IEC durante el proyecto. En la Encuesta Nacional de Vigilancia del Comportamiento de 2001 se observó que 40% de las mujeres en edad reproductiva en Tami Nadu y 35% en Maharashtra sabían que los preservativos previenen el SIDA, pero las preguntas y los patrones de omisión de preguntas fueron diferentes de la Encuesta Nacional de Salud de la Familia, de manera que los resultados no son estrictamente comparables.

35. Durante los años noventa, el Banco Mundial fue la principal fuente de financiamiento del programa nacional de control del

SIDA del Gobierno de la India. Otros donantes tuvieron importante ayuda bilateral en varios estados.

36. La fuente de estas estadísticas y de las siguientes es la EDS de 1993 y de 1998 y una encuesta de KAP realizada por Population Services International en 2000, citada en el informe del DEO de 2002, Anexo B. Puesto que se realizaban simultáneamente varias actividades patrocinadas por donantes, estas tendencias del uso de preservativos y del comportamiento no se pueden vincular a las actividades de un solo contribuyente, pero pueden reflejar el efecto de insumos conjuntos del gobierno y de los donantes.

37. Estos datos fueron suministrados por el Proyecto de prevención y atención del SIDA (APAC) patrocinado por la USAID en Tami Nadu, que realizó encuestas anuales de vigilancia del comportamiento de los grupos de riesgo en las zonas urbanas entre 1996 y 2001. El APAC patrocinó intervenciones dirigidas, pero estas últimas no se lanzaron hasta 1997-98. Por ende, la reducción del comportamiento de riesgo en el período 1996-98 puede atribuirse en parte a las actividades de sensibilización en el ámbito estatal o nacional, aunque también puede haber contribuido la cobertura dada a la problemática del SIDA en los medios de comunicación en general. Se observaron tendencias positivas similares de uso de preservativos por parte de los trabajadores del sexo y camioneros con parejas sexuales ocasionales. No hay información sobre años anteriores (el proyecto se inició en 1992). Fuente: APAC, citada en DEO, 2003.

38. En realidad, la investigación señala una variación considerable en la eficacia del tratamiento de las ETS para reducir la incidencia del VIH (Grosskurth y otros, 1995; Waver y otros, 1998).

39. Dos actividades clave fueron: a) "recolectar y divulgar información y documentación en todo el Banco y externamente en los niveles central y nacional para informar a los funcionarios y demás interesados sobre los instrumentos y el éxito de la intervención", y b) "crear y mantener páginas web para proporcionar información actualizada y las mejores prácticas de lucha contra el VIH/SIDA y servir de recurso para el personal del Banco alrededor del mundo" (Banco Mundial, 2000a, pág. 32).

40. Los dos sitios web con la mayor colección son el del VIH/SIDA del Banco Mundial ([www.worldbank.org/aids](http://www.worldbank.org/aids)) y el de la Red Internacional de Economía del SIDA ([www.iaen.org](http://www.iaen.org)). Algunos de los documentos antiguos no existen en versión electrónica y en ciertos casos el DEO encontró solamente referencias a ellos, y no los documentos propiamente dichos. No hay un depósito central para ese material.

41. Los entrevistados representaron alrededor de una tercera parte del personal del Banco dedicado al desarrollo humano (44% del personal de salud, nutrición y población, una cuarta parte del personal de educación y una cuarta parte del de protección social). El DEO pidió información sobre 18 importantes productos analíticos mundiales, sectoriales y regionales y siete conjuntos de ins-

trumentos, realizados, financiados o administrados por el Banco en su totalidad.

42. La encuesta de los delegados de CISEA no se debe considerar representativa de las respuestas dadas en otras regiones, donde no se pudo realizar una encuesta. Los delegados de la CISEA representaron grupos del gobierno, el sector académico, los donantes y la sociedad civil. Noventa y cuatro por ciento vivían en África y representaban de 6% a 8% de los asistentes a la conferencia. El DEO solicitó información sobre 12 importantes productos analíticos y además hizo preguntas sobre el acceso a Internet. El cuestionario de encuesta era bilingüe (inglés/francés), aunque solamente una parte de los estudios analíticos se habían traducido al francés.

43. Las calificaciones de la calidad técnica fueron: muy baja, baja, promedio, alta y muy alta. Las calificaciones de la utilidad fueron: poco útil, útil, muy útil y uno de los más útiles que haya leído.

44. Sin embargo, cabe señalar que algunos de los jefes de equipo de los proyectos no eran de la región de África.

45. Monitor Social de Tailandia (65%), *Hacer Frente al SIDA* (51%) y *Averting and AIDS Crisis in Eastern Europe* (50%).

## Capítulo 4

1. El presente capítulo trata únicamente del MAP en África. Hasta junio de 2004 se habían aprobado ocho proyectos nacionales del MAP en el Caribe, por un valor de US\$155 millones, de los cuales se habían desembolsado US\$14,5 millones. Al 30 de abril de 2005, el total de desembolsos para los proyectos del MAP en África aprobados antes de junio de 2004 había aumentado a US\$450 millones.

2. Véanse las conclusiones de los cuestionarios autoadministrados que figuran en el Apéndice H.

3. Banco Mundial, 2000b, pág. 10. En el informe de evaluación *ex ante* del MAP no se define lo que se entiende por “intensificar”. En la evaluación quinquenal del ONUSIDA se señala una media docena de interpretaciones, entre ellas repetir, agrandar a escala e institucionalizar (Poate y otros, 2002, pág. 64). En la evaluación utilizan el término para indicar un aumento del impacto de pequeño a grande. En el manual de operaciones del MAP publicado en 2004 se describe la acción de intensificar como “el proceso de ampliar el alcance de las actividades y las instituciones con el fin último de aumentar el número de personas beneficiadas o los efectos en el VIH/SIDA. La intensificación puede entrañar: ampliar la cobertura, alterar el tipo o la intensidad de la cobertura, aumentar el impacto o mejorar la calidad. Aunque no existe una definición precisa, los programas intensificados generalmente llegan (o proporcionan acceso) a una proporción considerablemente mayor de la población prevista dentro de una zona determinada” (Brown y otros, 2004, pág. 12).

4. En cambio, los objetivos del MAP en el Caribe denotan contenido y cierto grado de fijación de prioridades: “Ayudar... a los países a: i) prevenir la propagación del VIH/SIDA mediante la reducción

de la transmisión entre los grupos de alto riesgo; ii) mejorar el acceso de las personas que viven con el VIH/SIDA a una atención eficaz, asequible y equitativa dentro del contexto de la política de salud pública, y iii) fortalecer la capacidad institucional de responder al VIH/SIDA en forma sostenible” (Banco Mundial, 2001a).

5. El Cuadro 4.1 es un modelo realizado con fines de evaluación; no formaba parte oficial del documento de evaluación *ex ante* del MAP.

6. Sin embargo, siete proyectos del MAP tienen componentes separados para el Ministerio de Salud: Camerún, Eritrea, Gambia, Mauritania, Mozambique, Rwanda y Sierra Leona.

7. El detalle de los riesgos es el siguiente: escaso compromiso y negación de la existencia de la epidemia por parte del gobierno y la sociedad civil; poca capacidad de los gobiernos, las entidades de ejecución descentralizadas y las comunidades; lentitud de los desembolsos a causa de la limitada capacidad de gestión financiera y adquisición, y de tramitación de subproyectos; escasa colaboración intersectorial, y problemas fiduciarios difíciles de controlar, entre ellos el uso indebido de los fondos.

8. La Comisión de lucha contra el SIDA de Uganda llevaba ya varios años de existencia antes de que se aprobara el proyecto sobre infecciones de transmisión sexual; sin embargo, el proyecto fue administrado por el Ministerio de Salud debido a la capacidad relativamente mayor de esa institución.

9. Si las medidas de S&E se hubieran aplicado completa y correctamente, habría mejor información sobre el impacto último de esos productos.

10. Esto no significa que no se hubieran podido intensificar las actividades de lucha contra el SIDA en otros sectores ni mejorar la coordinación.

11. En una evaluación reciente del Apoyo del Banco Mundial al fortalecimiento de las capacidades en África (DEO, 2005b), el DEO llegó a la conclusión de que los instrumentos tradicionales del Banco, a saber, la asistencia técnica y la capacitación, han resultado con frecuencia ineficaces para ayudar a fortalecer una capacidad sostenida en el sector público; los estudios económicos y sectoriales podrían contribuir mucho más. También llegó a la conclusión de que la mayoría de las actividades de fortalecimiento de la capacidad carecían de procesos estándar de control de calidad en la etapa de diseño, y que no eran objeto de seguimiento, supervisión o evaluación automáticos. Una de las recomendaciones más importantes de la evaluación es que la administración superior de la Oficina Regional se asegure de que todas las operaciones cuyo objeto sea fortalecer la capacidad en el sector público estén basadas en una estimación adecuada de las necesidades de capacidad y dotadas de medios para seguir y evaluar los resultados.

12. La información citada de entrevistas a los jefes de los equipos de los proyectos y directores a cargo de los países abarca hasta agosto de 2004.

13. “[El MAP] hace hincapié... en la rapidez, la intensificación de los programas existentes, el fortalecimiento de la capacidad, el ‘aprendizaje con la práctica’ y la constante modificación de los proyectos, más bien que en el análisis técnico inicial de cada intervención” (Brown y otros, 2004).

14. Banco Mundial, 2000b, pág. 31. “Los presupuestos para supervisión serán considerablemente más grandes que lo normal”.

15. El DEO comparó los gastos reales de supervisión de los proyectos del MAP I y de los proyectos de salud en ocho países (Benin, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Kenya, Madagascar, Uganda) teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde su entrada en vigor. Un año después de la entrada en vigor de los proyectos, los gastos reales de supervisión de los proyectos de salud superaban en 39% a los de los proyectos del MAP (US\$110.500 para los proyectos de salud frente a US\$79.750 para los proyectos del MAP). Veinticuatro meses después de la entrada en vigor, los gastos de supervisión acumulativos de los proyectos de salud (US\$198.600) seguían siendo un 10% más altos que los de los proyectos del MAP (US\$181.250). De conformidad con el primer examen de los progresos del MAP (Banco Mundial, 2001d, pág. 25), el equipo directivo regional de África dio instrucciones de que se asignaran hasta US\$200.000 del presupuesto del Banco a supervisión en el primer año y US\$150.000 a supervisión en los años siguientes respecto de cada MAP, lo que equivale a US\$350.000 durante los primeros 24 meses. Las estadísticas sobre los gastos reales de supervisión indican que su monto fue muy inferior a ese objetivo.

16. El diagrama de dispersión del Gráfico 4.1 muestra puntos de datos que representan la tasa de desembolso (porcentaje de fondos desembolsados trazados contra el porcentaje de tiempo total del proyecto transcurrido) de cada proyecto a intervalos anuales después de la entrada en vigor. La proporción de tiempo total transcurrido del proyecto se calcula sobre la base de la duración inicialmente prevista del proyecto, con exclusión de las prórrogas. En el gráfico se incluyen puntos de datos relativos a 25 proyectos: 11 del MAP I y 14 proyectos de salud, nutrición y población en los mismos países. En el momento de realizar este análisis, ninguno de los proyectos del MAP estaba concluido, de modo que el número de puntos de datos correspondientes a un largo tiempo transcurrido es relativamente escaso.

17. Dentro del intervalo de tiempo transcurrido que serviría de base para la comparación, los proyectos del MAP tenían una tasa de desembolso mayor que los proyectos de salud en Benin, Burkina Faso, Camerún, Eritrea, Ghana y Madagascar. Las tasas de desembolso de los proyectos del MAP y los proyectos de SNP eran similares en Kenya y Nigeria. En Etiopía, los desembolsos de los proyectos del MAP fueron más rápidos al comienzo, pero más tarde hubo poca diferencia; en Gambia, los desembolsos del proyecto sobre SNP se efectuaron más rápidamente al comienzo del proyecto, pero en el proyecto del

MAP se efectuaron más rápidamente pasado el punto medio, y en Uganda hubo poca diferencia hasta el punto medio, momento en el cual el proyecto del MAP efectuó los desembolsos más rápidamente.

18. Bakilana y otros, 2005. Aunque se determinó que en ambos casos la supervisión era deficiente, en el estudio se señaló que los componentes relativos al SIDA de los proyectos de educación normalmente se preparan con más minuciosidad que la exigida por el sector de educación para los recursos del MAP.

19. El número de ONG y OBC es más alto en los proyectos del MAP I que en los del MAP II porque estos últimos fueron aprobados más recientemente. Todos ellos están activos aún y ese número aumentará antes de que los proyectos se cierren.

20. Los jefes de los equipos del 92% de los proyectos del MAP dijeron haber sostenido diálogos sobre políticas con el gobierno durante la preparación de los proyectos. Todos los directores a cargo de los países informaron que habían sostenido diálogos sobre el VIH/SIDA; en cinco casos, los directores mencionaron la participación del Vicepresidente de la Oficina Regional de África o el Presidente del Banco (véanse los Apéndices H y J).

21. Esos recursos consisten en el apoyo directo de ACTAfrica y de los especialistas del Programa Mundial de lucha contra el VIH/SIDA; visitas a terreno de equipos de apoyo técnico para desbloquear la ejecución; realización de talleres para los jefes de los equipos de los proyectos, el personal nacional y la sociedad civil, y un equipo del Banco de aceleración de la puesta en práctica, creado en enero de 2003.

22. Los jefes de los equipos de los proyectos de ocho de 19 países informaron que el gobierno no utiliza un proceso de asignación de prioridades. Se puede financiar cualquier actividad de una lista de actividades permisibles (o que no estén en la lista de lo que no se puede financiar). En cuatro países, los componentes de los proyectos del MAP alientan a la asignación de prioridades en las intervenciones dirigidas, y las intervenciones sobre huérfanos, tratamiento o el lugar de trabajo. En tres países, las prioridades del proyecto se fijan en función de lo que otros donantes no hacen. En el estudio del caso de Etiopía se determinó que en el plan estratégico para 2000-04 no se asignaban prioridades a las actividades y que no había vínculo con la epidemiología del VIH. El costo del plan se fijó en US\$245 millones, pero no se reconocieron restricciones a la ejecución.

23. Por ejemplo, el plan estratégico de Mauritania, país con una epidemia incipiente, comprende atención psicosocial y médica (incluida la terapia antirretroviral), atención comunitaria, y apoyo económico a las personas infectadas por el VIH/SIDA, los huérfanos, las viudas y las familias afectadas, aunque es poco probable que haya muchas personas que necesiten esos servicios.

24. Según la información proporcionada por 18 Consejos Nacionales de SIDA a ACTAfrica a mediados de 2004, una tercera

parte de los países informó que asignaba el 5% o más del presupuesto del proyecto a S&E, una tercera parte ha asignado entre el 2% y el 5%, y una tercera parte, menos del 2% (Nadeem Mohammed, AC-Táfrica, comunicación personal). La exactitud de las estadísticas proporcionadas por los Consejos Nacionales de SIDA no se conoce; los gastos efectivos en S&E no han sido objeto de seguimiento centralizado.

25. Banco Mundial, 2001c. La misión de examen visitó Etiopía, Kenya y Uganda.

26. Además de prestar apoyo a la labor de fortalecimiento de la capacidad en muchos países africanos que participan en el MAP, el GAMET ha puesto en marcha a modo experimental novedosos sistemas de seguimiento en varios países. Ellos son la Iniciativa sobre Resultados Rápidos (RRI) aplicada en Eritrea, Gambia y Mozambique, y el sistema de muestreo por lotes con fines de control de calidad (LQAS) aplicado en Uganda y Kenya. Ambos tienen por finalidad producir datos en tiempo real para utilizarlos en las decisiones sobre gestión en la periferia. En el presente informe del DEO no se han evaluado las actividades del GAMET ni su eficacia.

27. Banco Mundial, 2004. El examen intermedio era una autoevaluación realizada por la unidad del MAP que realizó visitas a terreno en Benin, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Mozambique y Sierra Leona. En él examen se señala que las visitas a terreno fueron rápidas (una semana en cada país), que no se encomendó la realización de un análisis formal, y que las conclusiones son “estimaciones informadas del equipo, basadas en ejemplos tomados del examen” (pág. 4). Por desgracia, si bien se reunió sistemáticamente algo de información en cada uno de los seis países, casi no se hace referencia a ella en el informe de evaluación. Por consiguiente, no se presentan los datos en que se basaron las conclusiones.

28. Los datos que figuran en la presente oración y en la siguiente se basan en datos obtenidos de la HIV/AIDS Survey Indicator Database ([www.measuredhs.com/hivdata/](http://www.measuredhs.com/hivdata/)). Esto se refiere a las encuestas nacionales sobre los conocimientos sobre el VIH/SIDA y sobre el comportamiento de riesgo de hombres y mujeres.

29. El DEO no reunió datos sistemáticos sobre la supervisión de las actividades sobre el SIDA en los ministerios distintos de los de salud patrocinadas por el MAP, pero ésta es una cuestión que merece investigarse más a fondo. En un examen realizado por el sector de educación del Banco sobre el SIDA y la educación se determinó que la supervisión de los fondos asignados a los Ministerios de Educación a través del MAP era insuficiente (Bakilana y otros, 2005).

30. Esos gastos per cápita de la sociedad civil equivalen a la cuarta parte de los gastos per cápita en salud en Mauritania y a la mitad de esos gastos en Eritrea (Banco Mundial, 2003a).

31. Siete de los 19 jefes de equipo de los proyectos encuestados no respondieron a esta pregunta.

32. CCISD, 2001 pág. iv. La eficacia, la eficacia en función de los costos y el impacto del proyecto piloto nunca fueron evaluados antes

de que fuera adoptado en mayor escala por el MAP (incluso en Burkina Faso). “En la planificación y ejecución, la sostenibilidad de las medidas, así como la eficiencia de la intervención, no parecían ser una preocupación primordial de los promotores del proyecto. Las modalidades administrativas generalmente han predominado en la orientación del desarrollo” (CCISD, pág. iv). Los autores observaron también que las actividades comunitarias consistían principalmente en la sensibilización y que otros métodos —como el uso de la radio— podrían ser igualmente eficaces para alcanzar ese objetivo (CCISD, pág. xv).

33. El manual de operaciones del MAP publicado en 2004 señala que la potenciación de las comunidades es una de las explicaciones, pero que otros objetivos adicionales están creando “comunidades competentes en la lucha contra el SIDA”, cambiando las normas y los valores, y proporcionando servicios esenciales relacionados con el SIDA (Brown y otros, 2004, pág. 45). Sin embargo, señala que “[l]a primera prioridad es la movilización... Al comienzo, movilizar a las comunidades es más importante que determinar específicamente lo que se debería hacer” (pág. 46).

34. DEO, 2005a. En la evaluación del DEO se define el desarrollo comunitario como el universo de proyectos participativos en que toman parte las comunidades, ya sea a través de proyectos sobre desarrollo de base comunitaria (DBC) o proyectos de desarrollo impulsado por la comunidad (DIC). Los proyectos de DIC prestan apoyo a la potenciación de los pobres poniendo en manos de las comunidades el control de los recursos y las decisiones relativas a los subproyectos, mientras que los proyectos de DBC dan a las comunidades menos responsabilidad directa y hacen hincapié en la colaboración, la consulta o el intercambio de información acerca de las actividades de los proyectos.

## Capítulo 5

1. En Indonesia, el Zaire y Zimbabwe, la preparación de emergencia resultó en el retraso de la ejecución. Más recientemente, el proyecto de prevención del SIDA en Bangladesh (para una epidemia incipiente) fue objeto de una preparación acelerada partiéndose del supuesto de que en el primer año del proyecto se formularían planes de ejecución detallados. Dos años después de la aprobación del proyecto, apenas había comenzado la ejecución y se había desembolsado sólo el 7% del crédito. En el examen intermedio del MAP (Banco Mundial, 2004) se llegó a la conclusión de que en algunos casos la ejecución podría haber sido más rápida si se hubieran realizado las actividades ordinarias de preparación, pero a ritmo acelerado.

2. Una excepción importante se encuentra en la región del Caribe, donde otro MAP constituyó un importante recurso de señalización para aumentar la voluntad política.

3. Esta es la cifra máxima aprobada para un plazo de dos

años; el máximo para la lucha contra el SIDA en un plazo de cinco años es de US\$5.000 millones. Fuente: Sitio web del FMSTM, visitado el 21 de febrero de 2005.

4. En 2002, los gastos públicos ordinarios para el sector de la salud en Rwanda eran el equivalente de US\$8,43 millones, frente a US\$23,2 millones comprometidos por el FMSTM al Gobierno durante dos años para luchar contra el SIDA y la tuberculosis. El compromiso de US\$106 millones del FMSTM al Gobierno de Uganda durante dos años para combatir el SIDA es una cifra anual considerablemente superior al presupuesto ordinario del Gobierno para el sector de la salud en el ejercicio de 1999/2000, que ascendía a US\$37,1 millones. En 2004, el PEPFAR desembolsó US\$80,5 millones más en ayuda para luchar contra el SIDA en Uganda (sitio web del FMSTM, visitado el 8 de noviembre de 2004, total de propuestas aprobadas presentadas al Gobierno, años 1 y 2; Banco Mundial, 2001c); datos del PEPFAR/Washington D.C.

## Capítulo 6

1. Esto incluiría, por ejemplo, una evaluación del impacto de distintas estrategias para lograr resultados seleccionados.

2. Esto incluiría, por ejemplo, análisis transnacionales de los factores determinantes del SIDA, la eficacia de las intervenciones, y el impacto.

## Appendix D

1. In a number of cases, HIV/AIDS was mentioned in the general discussion on the political, economic, and social context, but was not identified as an issue to be specifically included on the development agenda.

2. (i) Bangladesh, Belarus, Bhutan, El Salvador, Ethiopia, Ghana, Guyana, India, Latvia, Mozambique, Pakistan, Romania, and Russia; (ii) Cambodia, Tanzania, Uganda, and Zambia.

3. Of these, 8 led to actual loans or credits, as of December 2002.

4. Burkina Faso, Gambia, Honduras, Mozambique, Niger, Tanzania, Uganda, Vietnam, and Zambia.

## Apéndice F

1. Se entregaron carpetas de inscripción a los delegados con todos los gastos pagos, becarios, miembros del comité de ICASA e invitados especiales y representantes de los medios acreditados en ICASA. Según la Secretaría, se inscribieron 7.230 personas. Sin embargo, no se sabe con certeza cuántas de ellas eran delegados y asistieron realmente a la conferencia. Suele suceder que algunas personas se inscriben pero luego no se presentan. En consecuencia, la tasa de respuesta es aproximada: la tasa del 7,6% se computa sobre el total de

cuestionarios distribuidos. Si se la computa sobre el total de los inscriptos en la conferencia, la tasa de respuesta es del 6,4%.

2. Cabe tener en cuenta que “Romper el silencio” fue también el tema de la Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en Durban (Sudáfrica) el año 2000. Esto podría dar lugar a cálculos exagerados acerca de la difusión del artículo con ese nombre.

## Apéndice H

1. Los jefes de equipo de los proyectos declararon su experiencia en materia de VIH/SIDA a la fecha del cuestionario, en junio de 2004, no a la fecha en la que habían comenzado a participar en el proyecto. Por esta razón, el número medio de años de experiencia incluye el tiempo en que administraron el proyecto. Dado que la mayoría de los proyectos del MAP I se aprobó entre 2000 y 2001, sería apropiado restar tres años a la experiencia estimada de los jefes de equipo de los proyectos al momento de la preparación. Los 12 proyectos del MAP II se aprobaron desde 2002 a mediados de 2003, de modo que correspondería restar alrededor de un año y medio. Cuando se toma esto en cuenta, el nivel de experiencia es similar, en líneas generales.

2. En unos pocos proyectos, estos estudios preparatorios no se llevaron a cabo porque ya los había efectuado otro donante. Se han incluido los realizados por terceros, cuando así se lo menciona.

3. Fuente: Business Warehouse. Las estadísticas del MAP II se aplican únicamente a los proyectos aquí examinados. En general, los proyectos del MAP I se desarrollaron en países que habían recibido previamente financiamiento del Banco para la lucha contra el VIH/SIDA, como Kenya y Uganda (con proyectos anteriores relacionados con las infecciones de transmisión sexual y Uganda con el PAPSCA), Burkina Faso (con un proyecto sobre SIDA y control demográfico) y Benin, Camerún, Eritrea, Etiopía, Gambia, Madagascar y Nigeria (donde se llevaron a cabo proyectos de salud con componentes de lucha contra el SIDA).

4. Se han excluido seis países porque: i) el jefe de equipo de los proyectos no respondió el cuestionario (un país); ii) el proyecto aún no había entrado en vigor (un país); iii) había proyectos de salud paralelos que financiaban las principales actividades de salud pública relativas al SIDA (dos países), y iv) el proyecto se había puesto en marcha recientemente y no se habían iniciado muchas actividades todavía (dos países).

5. Conforme a estadísticas de aquellos proyectos en los cuales el jefe de equipo de los proyectos consignó por separado el número de ONG y de OBC; en tres casos, el número incluía ambos tipos de organizaciones.

6. Los 23 proyectos piloto que se habían evaluado, según los jefes de equipo de los proyectos, se clasifican como sigue: desarrollo impulsado por la comunidad (5); atención y tratamiento (4); asesoramiento y pruebas voluntarias (2); preservativos (2); atención sanitaria descentralizada, dispensarios para niños huérfanos, prevención de la transmisión de madre a hijo, quimioprofilaxis, educación entre pares, educación escolar sobre el SIDA e intervenciones relacionadas con migrantes (1 de cada tipo).

## Apéndice I

1. Los proyectos en Camerún y la República Centroafricana comparten el mismo jefe de equipo de los proyectos.

2. Hacia fines del ejercicio de 2004 se aprobaron otros nueve proyectos del MAP, pero no habían estado en vigor durante por lo menos un año.

3. De acuerdo con Business Warehouse, en oportunidad de la preparación, los siguientes países tenían proyectos de salud en marcha: MAP I: Benin, Burkina Faso, Camerún, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Madagascar, Uganda; MAP II: Burundi, Mauritania, Mozambique (2003), Níger, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Tanzania. Durante la preparación, los siguientes países tenía proyectos sobre SIDA en marcha (todos del MAP I): Burkina Faso, Kenya, Uganda. En el siguiente país había un proyecto sobre población en marcha (ningún otro de salud) (MAP II): Guinea. Los siguientes no tenían proyectos de salud activos en oportunidad de la preparación: MAP I: Nigeria, República Centroafricana; MAP II: Cabo Verde, Zambia (aunque había habido un proyecto anteriormente).

4. En uno de estos nueve países, el jefe de equipo de los proyectos señaló que no existía priorización en el componente de la sociedad civil; no resulta claro si la había en otros componentes.

5. No se tiene la certeza de que estos programas reúnan los requisitos para constituir una estrategia de voluntad política: estaban en el modelo.

6. De estos siete países, todos salvo Cabo Verde y Zambia tenían proyectos de salud durante la preparación. Nigeria, que había tenido dos proyectos de salud simultáneos, tampoco tenía un proyecto de salud durante la preparación. El hecho de no haberse renovado un proyecto de salud (y que fuera reemplazado por un proyecto del MAP que dependía de otro organismo y no del Ministerio de Salud) fue mencionado como una

de las causas de la poca participación del Ministerio de Salud.

7. Un jefe de equipo de los proyectos señaló una “estabilización” de la prevalencia de VIH y otro, que ésta había disminuido, pero estos hechos pueden atribuirse a la evolución natural de una epidemia y no sirven como prueba de la disminución de la tasa de nuevas infecciones.

8. Teniendo en cuenta la pregunta complementaria, tres jefes de equipo de los proyectos se pronunciaron a favor de adaptar los criterios al contexto nacional y, en la última pregunta, otros dos se quejaron de la excesiva prisa para lograr la aprobación de los proyectos. Dos jefes de equipo de los proyectos señalaron con énfasis la falta de contenido.

## Apéndice J

1. En la entrevista, de formato abierto, se instaba a los encuestados a mencionar los logros más importantes en cada país, lo cual no implica que no se hayan alcanzado los mismos logros en otros países, sino más bien que fueron menos importantes y no se mencionaron.

2. En un caso, el encuestado mencionó una rotunda disminución de la prevalencia del VIH. No obstante, la prevalencia sólo disminuye cuando la mortalidad es superior al número de nuevas infecciones; no resulta claro si los directores entienden plenamente la relación entre el número de nuevas infecciones (incidencia) y la prevalencia del VIH (que abarca las infecciones anteriores, las nuevas infecciones y la mortalidad) y la manera en que deben interpretarse las tendencias.

3. Cabe señalar, sin embargo, que el fundamento para aumentar los recursos de supervisión destinados a proyectos del MAP durante la ejecución no estaba relacionado con estos factores. Por el contrario, se basaba en que, a raíz de la rápida preparación de los proyectos, después de su aprobación era preciso ultimar una parte relativamente extensa del plan detallado de ejecución.

## Apéndice M

1. Los “tres unos” se refieren a: i) un marco convenido de acción contra el VIH/SIDA que sirva de base para coordinar la labor de todos los asociados; ii) una autoridad nacional coordinadora de la lucha contra el SIDA con un mandato multi-sectorial de base amplia, y iii) un sistema convenido de seguimiento y evaluación a nivel de país.





---

## REFERENCIAS

---

- Allen, Tim y Suzette Heald. 2004. "HIV/AIDS Policy in Africa: What Has Worked in Uganda and What Has Failed in Botswana?" *Journal of International Development* 16 (2004): 1141-54.
- Anderson, R.M., R.M. May, M.C. Boily, G.P. Garnett y J.T. Rowley. 1991. "The Spread of HIV-1 in Africa: Sexual Contact Patterns and the Predicted Demographic Impact of AIDS". *Nature* 352: 581-89.
- Arndt, Channing y Jeffrey Lewis. 2000. "The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: A Preliminary Assessment". Oficina Regional de África del Banco Mundial, Serie de documentos de trabajo, No. 9, Washington, D.C.
- Bakilana, Anne, Donald Bundy, Jonathan Brown y Birger Fredriksen. 2005. "HIV/AIDS and the Education Sector in Africa: Accelerating the Response". HDNED, Banco Mundial, Washington, D.C., 11 de febrero de 2005. Versión preliminar.
- Banco Mundial. 2004. *Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa*. Washington, D.C.
- . 2003a. *Informe sobre el desarrollo mundial, 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres*. Washington, D.C.: Oxford University Press.
- . 2003b. "AIDS and Transport in Africa: A Framework for Meeting the Challenge". Africa Technical Transport Sector Unit, Washington, D.C.
- . 2001a. *Project Appraisal Document for Proposed Loans to the Dominican Republic and to Barbados in support of the First Phase of the US\$155 million Multi-Country HIV/AIDS Prevention and Control Adaptable Program Lending (APL) for the Caribbean Region*. Informe 22184-LAC, Washington, D.C.
- . 2001b. *Budget and Medium Term Expenditure Framework (MTEF) in Uganda*. Informe No. 23439. Washington, D.C.
- . 2001c. "The US\$500 Million Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP) for Africa: Progress Review Mission, FY01". ACTAfrica, Washington, D.C.
- . 2000a. *Intensifying Action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis*. Oficina Regional de África, Washington, D.C.
- . 2000b. *Project Appraisal Document for Proposed Credits to the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Republic of Kenya in Support of the first phase of the US\$500 Million Multi-Country HIV/AIDS Program for the Africa Region*. Informe No. 20727 AFR, Washington, D.C.
- . 2000c. *HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options*. Human Development Sector Management Unit, Oficina Regional de América Latina y el Caribe, Washington, D.C.
- . 2000d. *Population and Reproductive Health Sector Strategy*. Red sobre desarrollo humano, Washington, D.C.
- . 2000e. "Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future". *Thailand Social Monitor*: Bangkok (Tailandia).
- . 1999. *Population and the World Bank: Adapting to Change*. Red sobre desarrollo humano, Washington, D.C.
- . 1997a. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Nueva York: Oxford University Press.
- . 1997b. *Health, Nutrition, & Population Sector Strategy*. Red sobre desarrollo humano, Washington, D.C.
- . 1996. *AIDS Prevention and Mitigation in Sub-Saharan Africa: An Updated World Bank Strategy*. Informe No. 15569-AFR División de Recursos Humanos y Lucha contra la Pobreza, Departamento Técnico, Oficina Regional de África, Washington, D.C.
- . 1995. *Regional AIDS Strategy for the Sabel*. Informe No. 13411-AFR, Western Africa Department, Population and Human Resources Division, Washington, D.C.
- . 1988. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): The Bank's Agenda for Action in Africa". Documento técnico, Departamento Técnico, Oficina Regional de África, Washington, D.C.
- . 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: Invertir en salud*. New York: Oxford University Press.
- . 1988. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): The Bank's Agenda for Action in Africa". Documento técnico, Departamento de África del Oeste, Washington, D.C.
- Banco Mundial y ONUSIDA. 2002. *National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operational Manual*. Washington, D.C. y Ginebra.

- Barnett, T. y P. Blaikie. 1992. *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*, Londres: Belhaven.
- Bell, Clive, Hans Gersbach, Ramona Bruhns y Dagmar Völker. 2004. "Economic Growth, Human Capital, and Population in Kenya in the Time of AIDS: A Long-Run Analysis in Historical Perspective". Red del Banco Mundial sobre Desarrollo Humano, Washington, D.C.
- Bell, Clive, Shanta Devarajan y Hans Gersbach. 2003. "The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory with an Application to South Africa". Documento de trabajo sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo No. 3152. Washington, D.C.
- Beyrer, Chris, Varun Gauri y Denise Vaillancourt. 2004. "Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Brazil Case Study". Estudio de un caso práctico para la evaluación del DEO de la asistencia del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Bhubaneswar PLACE Study Group. 2002. "Application of the PLACE Method for Facilitation of AIDS Prevention in a City in India". *MEASURE Evaluation Bulletin*, No. 4: 7-12. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Boerma, J. Ties, Andrew J. Nunn y James A.G. Whitworth. 1998. "Mortality Impact of the AIDS Epidemic: Evidence from Community Studies in Less Developed Countries". *AIDS* 12(suppl 1): S3-S14.
- Brown, Jonathan, Didem Ayvalikili y Nadeem Mohammad. 2004. *Turning Bureaucrats into Warriors: Preparing and Implementing Multi-Sector HIV-AIDS Programs in Africa*. Equipo de la Campaña contra el SIDA en África, Washington, D.C.
- Bundy, Donald y Manorama Gotur. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: World Bank.
- Burkina Faso PLACE Study Group. 2002. "Diversity in Sites of Sexual Encounter Revealed by the PLACE Method in Two Burkina Faso Health Districts". *MEASURE Evaluation Bulletin*, No. 4: 13-18. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Campbell, Catherine. 2003. *Letting Them Die: Why HIV/AIDS prevention Programmes Fail (African Issues)*. Bloomington, Indiana: International African Institute with Indiana University Press.
- . 2000. "Selling Sex in the Time of AIDS: The Psychosocial Context of Condom Use by Southern African Sex Workers". *Social Science and Medicine* 50: 479-94.
- Carr, J.K., N. Sirisopana, K. Torugsa, A. Jugsudee, T. Supapongse, C. Chuenchitra, S. Nitayaphan, P. Singharaj y J.G. McNeil. 1994. "Incidence of HIV-1 Infection among Young Men in Thailand". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*: 1270-75.
- Carvalho, Soniya, Gillian Perkins y Howard White. 2002. *Social Funds: Assessing Effectiveness*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Cassals, M. 2005. "Preventing the Sexual Transmisión of HIV. Lessons Learned and Opportunities for the Future". Presentado en la USAID SOTA Conference, Miami, del 10 al 12 de marzo de 2005.
- CCISD (Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement). 2001. "Rapport Final: Mission d'Appui à la documentation et l'évaluation de la phase pilote de Programme Multi-sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans la Province du Poni". Quebec.
- Cernea, Michael M. 1988. "Nongovernmental Organizations and Local Development". Documento para discusión No. 40 del Banco Mundial. Washington, D.C.
- Commission on Macroeconomics and Health. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Conable, Barber. 1987. Discurso pronunciado en las Reuniones Anuales del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, septiembre.
- Concorde Coordinating Committee. 1994. "Concorde: MRC/ANRS Randomized Double-Blind Controlled Trial of Immediate and Deferred Zidovudine in Symptom-Free HIV Infection". *Lancet* 343(8902): 871-81.
- Connor, E.M., R.S. Sperling, R. Gelber, P. Kiselev, G. Scott, M.J. O'Sullivan y otros. 1994. "Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment". *New England Journal of Medicine* 331(18):1173-80.
- Cowan, F.M., J. Hargrove, L.F. Langhaug, S. Jaffar, L. Mhuriyengwe, T.D. Swarthout, R.W. Peeling, A.S. Latif, M.T. Bassett, D.W.G. Brown, D. Mbey, R.J. Hayes y D. Wilson. 2005. "The Appropriateness of Core Group Interventions among Rural Zimbabwean Women Who Exchange Sex for Gifts or Money". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 38(2):202-7.
- Creese, A., K. Floyd, Anita Alban y Lorna Guinness. 2002. "Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A Systematic Review of the Evidence". *Lancet* 359: 1635-42.
- Cuddington, John T. 1993. "Modeling the Macro-Economic Effects of AIDS with an Application to Tanzania". *World Bank Economic Review* 7(2): 173-89.
- DEO (Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial) 2005a. *The Effectiveness of World Bank Support*

- for Community-Based and Community-Driven Development. Washington, D.C.
- . 2005b. *World Bank Support for Capacity Building in Africa*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- . 2005c. “Chad: Population AIDS Control Project”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Crédito 2692). Washington, D.C.
- . 2005d. “Uganda: Sexually Transmitted Infections Project”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Crédito 2603-UG). Washington, D.C.
- . 2004a. “Kingdom of Cambodia: Disease Control and Health Development Project”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Crédito N005-KH). Washington, D.C.
- . 2004b. “Brazil: First and Second AIDS and STD Control Projects”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Préstamos 3659 y 4392). Washington, D.C.
- . 2004c. *Annual Review of Development Effectiveness 2003: The Effectiveness of Bank Support for Policy Reform*. Banco Mundial: Washington, D.C.
- . 2003. “India: National AIDS Control Project”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Crédito 2350). Washington, D.C.
- . 2002. “Kenya: Sexually Transmitted Infections Project”. Informe de evaluación de los resultados del proyecto (Crédito 2686). Washington, D.C.
- . 1998. *Lessons from Experience in HNP*. Informe No. 18642, Grupo de Evaluaciones Sectoriales y Temáticas, Washington, D.C.
- Dayton, Julia. 1998. “World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and Ex-post Evaluation”. Documento para discusión No. 389 del Banco Mundial. Washington, D.C.
- Delion, Jean, Pia Peters y Ann Kloforn Bloome. 2004. “Experience in Scaling-up Support to Local Response in Multi Country AIDS Programs (MAP) in Africa”. Oficina Regional de África del Banco Mundial, Documento de trabajo No. 79, Washington, D.C.
- Delta Coordinating Committee 1996. “A Randomised Double-Blind Controlled Trial Comparing Combinations of Zidovudine Plus Didanosine or Zalcitabine with Zidovudine Alone in HIV-Infected Individuals”. *Lancet* 348(9023):283-91.
- De Merode, Louis, Jantine Jacobi e Inge Täck. 2001. “Final Abridged Report: Uganda AIDS Commission Review”. ONU-SIDA, octubre. Se puede consultar en el sitio web del ONU-SIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)).
- Des Jarlais, D.C., H. Hagan, S.R. Friedman, P. Friedmann, D. Goldberg, M. Frischer, S. Green, K. Tunving, B. Ljungberg, A. Wodak y otros. 1995. “Maintaining Low HIV Seroprevalence in Populations of Injecting Drug User”. *Journal of American Medical Association* 274 (15): 1226-31.
- Elmendorf, A. Edward, Eric Jensen y Elizabeth Pisani. 2004. “Evaluation of World Bank Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Indonesia Case Study”. Estudio de un caso práctico para la evaluación del DEO de la asistencia del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- FIOCRUZ, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y Ministerio de Salud, Brasil. 2004. *MONITORAIDS*. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e AIDS. Version I. Brasilia.
- Fischl, M.A, D.D. Richman, M.H. Grieco, M.S. Gottlieb, P.A. Volberding, O.L. Laskin, J.M. Leedom, J.E. Groopman, D. Mildvan, R.T. Schooley y otros. 1987. “The Efficacy of Zidovudine (AZT) in the Treatment of Patients with AIDS and AIDS-Related Complex, a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial”. *New England Journal of Medicine* 317(4): 185-91.
- Garrett, Laurie. 1994. *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. Nueva York: Penguin.
- Gellman, Barton. 2000. “Death Watch: The Global Response to AIDS in Africa; World Shunned Signs of the Coming Plague”. *The Washington Post*, 5 de Julio de 2000, p. A01.
- Gibbs, Christopher, Claudia Fumo y Thomas Kuby. 1999. *Non-governmental Organizations in Bank-Supported Projects: A Review*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Gobierno de la India, Contralor y Auditor General. 2004. “Report of the Comptroller and Auditor General of India on the Union Government for the Year Ended March 2003: Union Government (Civil) Performance Appraisal no. 3 of 2004—National AIDS Control Programme (MOHFW)”. Se puede ver en línea en: [www.cagindia.org/reports/civil/2004\\_3/index.htm](http://www.cagindia.org/reports/civil/2004_3/index.htm)
- Gopal, Gita y otros. 2001. *The Gender Dimension of Bank Assistance: An Evaluation of Results*. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Green, E.C. 2003. *Rethinking AIDS Prevention*. Westport, Ct.: Praeger, Greenwood.
- Grosskurth, H., F. Mosha, J. Todd, E. Mwijarubi, A. Klokke, K. Senkoro, P. Mayaud, J. Chagalucha, A. Nicoll, G. Ka-Gina, J. Newell, K. Mugeye, D. Mabey y R. Hayes. 1995. “Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial”. *Lancet* 346 (8974): 530-36.
- Grosskurth, H., R. Gray, R. Hayes, D. Mabey y M. Wawer. 2000. “Control of Sexually Transmitted Diseases for HIV-1 Prevention: Understanding the Implications of the Mwanza and

- Rakai Trials". *Lancet* 355(9219): 1981-87.
- Gwinn, Catherine. 2003. *Sharing Knowledge: Innovations and Remaining Challenges*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Harries, A.D. 1989. "Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Infection in Developing Countries". *Lancet* 335 (1990): 387-90.
- Hessol, N.S., B.A. Koblin, G.J. van Griensven, P. Bacchetti, J.Y. Liu, C.E. Stevens, R.A. Coutinho, S.P. Buchbinder y M.H. Katz. 1994. "Progression of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Infection among Homosexual Men in Hepatitis B Vaccine Trial Cohorts in Amsterdam, New York City, and San Francisco, 1978-1991". *American Journal of Epidemiology* 139(11): 1077-87.
- Hethcote, Herbert W. y James A. Yorke. 1984. "Gonorrhea Transmission Dynamics and Control". Notas de conferencias sobre *Biomathematics* 56. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hitchcock, P. y L. Fransen. 1999. "Preventing HIV infection: lessons from Mwanza and Rakai". *Lancet* 353(9152):513-55.
- Ho, D. 1995. "Time to Hit HIV, Early and Hard". *New England Journal of Medicine* 333:450-51.
- Horner, P.J. y F.M. Moss. 1991. "Tuberculosis in HIV Infection". *International Journal of STDs and AIDS* 2(3):162-67.
- Jamison, Dean T., W. Henry Mosley, Anthony R. Meacham y José Luis Bobadilla, eds. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press.
- Johnston, Timothy y Susan Stout. 1999. *Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Kamali, A., L. Carpenter, J. Whitworth, R. Poor, A. Ruberantwari y A. Ojwiya. 2003. "Syndromic Management of Sexually-Transmitted Infections and Behaviour Change Interventions on Transmission of HIV-1 in Rural Uganda: A Community Randomized Trial". *Lancet* 361: 645-52.
- Kambou, G., Shanta Devarajan y Mead Over. 1992. "The Economic Impact of AIDS in an African Country: Simulations With A General Equilibrium Model of Cameroon". *Journal of African Economies* 1(1): 109-30.
- Korenromp, E.L., R.G. White, K.K. Orroth, R. Bakker, A. Kamali, D. Serwadda, R.H. Gray, H. Grosskurth, J.D. Habbema y R.J. Hayes. 2005. "Determinants of the Impact of Sexually Transmitted Infection Treatment on the Prevention of HIV Infection: A Synthesis of Evidence from the Mwanza, Rakai, And Masaka Intervention Trials". *Journal of Infectious Diseases* 191(Suppl 1): S168-78.
- Laga, M., M. Alary, N. Nzila, A.T. Mannoka, M. Tuliza, F. Behets, J. Goeman, M. St. Louis y P. Piot. 1994. "Condom Promotion, Sexually Transmitted Diseases Treatment and Declining Incidence of HIV-1 Infection in Female Zairian Sex Workers". *Lancet* 344(8917):246-48.
- Lamboray, Jean-Louis y A. Edward Elmendorf. 1992. "Combating AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A Review of the World Bank's Agenda for Action". Documento para discusión No. 181 del Banco Mundial. Washington, D.C.
- Lele, Uma, Naveen Sarna, Ramesh Govindaraj y Yianni Konstantopoulos. 2004. "Global Health Programs, Millennium Development Goals, and the World Bank's Role". Case study for the OED evaluation of the World Bank's approach to global programs. Serie de documentos de trabajo del DEO, Washington, D.C.
- Low-Beer, Daniel y R. Stoneburner. 2003. "Behaviour and Communication Change in Reducing HIV. Is Uganda Unique?" *African Journal of AIDS Research* 2(1): 1-13.
- Madavo, Callisto. 1998. "AIDS, Development and the Vital Role of Government". Discurso pronunciado en la 12a Conferencia internacional sobre el SIDA, Ginebra, 30 de junio de 1998.
- Mann, Jonathan. 1987. "The World Health Organization's Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS". *Western Journal of Medicine*. 147(6):732-34.
- Mann, Jonathan y Daniel Tarantola, eds. 1996. *AIDS in the World II*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mann, Jonathan Daniel Tarantola y Thomas Netter, eds. 1992. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mansergh, G., A. Haddix, R. Steketee, P. Nieburg, D. Hu, R.J. Simonds y M. Rogers. 1996. "Cost-Effectiveness of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal HIV Type 1 Infection in Sub-Saharan African Developing Country Setting". *Journal of the American Medical Association* 276(2): 139-45.
- May, M.M. y R.M. Anderson. 1987. "Transmission Dynamics of HIV Infection". *Nature* 326: 137-42.
- McKusick, L., W. Horstman y T. Coates. 1985. "AIDS and Sexual Behavior Reported by Gay Men in San Francisco". *American Journal of Public Health* 75: 493-96.
- Meda, N., I. Ndoeye, S. M'Bouy y otros. 1999. "Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention?" *AIDS* 13: 1397-405.
- Media Relations Division, News Bureau. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Media Analysis and Dissemination Report, November 1997 Story of the Month. Departamento de Asuntos Externos del Banco Mundial, Washington, D.C.
- Mellors, J.W., C.R. Rinaldo, Jr., P. Gupta, R.M. White, J.A. Todd y L.A. Kingsley. 1996. "Prognosis in HIV-1 Infection Predicted by the Quantity of Virus in Plasma". *Science*

- 272(5265):1167-70.
- Merson, Michael H., Julia M. Dayton y K. O'Reilly. 2000. "Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries". *AIDS* 14(Suppl 2): S68-84.
- Mexico PLACE Study Group. 2002. "Assessment of Sexual Mixing among Mobile and Resident Populations Using the PLACE Method in Two Mexican Border Towns". *MEASURE Evaluation Bulletin* No. 4: 27-34. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Mulder, Daan. 1996. "Disease Progression and Mortality following HIV-1 Infection". En J. Mann y D. Tarantola, eds., *AIDS in the World II*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mullen, Patrick. 2003a. "Review of National HIV/AIDS Strategies for Countries Participating in the World Bank's Africa Multi-Country AIDS Project (MAP)". Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- . 2003b. "Review of National HIV/AIDS Strategies and Policies in non-MAP Countries: Cambodia, Chad, India, Indonesia, and Russian Federation". Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Nagelkerke, N.J., P.Jha, S.J. de Vlas, E.L. Korenromp, S. Moses, J.F. Blanchard y F.A. Plummer. 2002. "Modelling HIV/AIDS Epidemics in Botswana and India: Impact of Interventions to Prevent Transmission". *Bulletin of the World Health Organization* 80(5): 419-20.
- Nagot, Nicolas. 2003. "PLACE in Burkina Faso: Combating AIDS at the District Level". *Priorities for Local AIDS Control Efforts* (PLACE) Series No. 1. MEASURE Evaluation Project, Carolina Population Center, Chapel Hill, North Carolina, y Centre Muraz, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
- Nelson, Kenrad, David Celentano, Sakol Eiumtrakol, D.R. Hoover, C. Beyrer, S. Suprasert, S. Kuntolbutra y C. Khamboonruang. 1996. "Changes in Sexual Behavior and Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand". *New England Journal of Medicine* 335(5): 297-303.
- Obasi, A. 2003. "Assessment of Validity and Reliability of Survey Data on Sexual Behavior: Evidence from Studies of Young People in Africa". Workshop on Measurement of Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS. Londres, 4 a 6 de septiembre.
- ONUSIDA. 2004a. *AIDS Epidemic Update: December 2004*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- . 2004b. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- . 2004c. *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low and Middle-Income Countries*. USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y el POLICY Project. Ginebra: OMS.
- . 2003. *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA. 2003*. Ginebra.
- . 2000a. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra.
- . 2000b. *Información actualizada sobre la epidemia de SIDA: diciembre de 2000*. Ginebra.
- . 2002a. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra.
- . 2002b. *Información actualizada sobre la epidemia de SIDA: diciembre de 2002*. Ginebra.
- . 1998. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra.
- Orroth, K.K., E. O. Korenromp, R.G. White, A. Gavyole, R.H. Gray, L. Muhangi, N.K. Sewankambo, M. Quigley, M.J. Wawer, J.A. Whitworth, H. Grosskurth, J.D. Habbema y R.J. Hayes. 2003. "Higher Risk Behaviour and Rates of Sexually Transmitted Diseases in Mwanza Compared with Uganda May Help Explain HIV Prevention Trial Outcomes". *AIDS* 17(18): 2661-63.
- Osmond, D., E. Charlebois, W. Lang, S. Shiboski y A. Moss. 1994. "Changes in AIDS Survival Time in Two San Francisco Cohorts of Homosexual Men, 1983 to 1993". *The Lancet* 271(14): 1083-87.
- Over, Mead y Peter Piot. 1993. "HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases". En Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham y José Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press.
- Over, Mead, Martha Ainsworth, Phare Mujinja, Godlike Koda, George Lwihula e Innocent Semali. 1990. "The Economic Impact of Fatal Adult Illness Due to AIDS and Other Causes in Northwestern Tanzania". Propuesta de investigación.
- Over, Mead, S. Bertozzi, J. Chin, B. N'Galy y K. Nyamuryekung'e. 1988. "The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The Cases of Zaire and Tanzania". En Alan Fleming, Manuel Carballo, David W. Fitzsimmons, Michael R. Bailey y Jonathan Mann, eds., *The Global Impact of AIDS*. Nueva York: Alan R. Liss.
- Over, Mead, Stefano Bertozzi y James Chin. 1989. "Guidelines for Rapid Estimation of the Direct and Indirect Costs of HIV Infection in a Developing Country". *Health Policy* 11:169-86.
- Parker, Ron. 2004. *An OED Review of Social Development in Bank Activities*. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Parkhurst, Justin. 2002. "The Ugandan Success Story? Evidence and Claims of HIV-1 Prevention". *Lancet* 360:78-80.

- Pisani, Elizabeth, Geoff P. Garnett y Nicholas C. Grassly. 2003. "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure", *British Medical Journal* 326(7403):1384-87.
- Poate, Derek y otros. 2002. *Five-Year Evaluation of UNAIDS: Final Report*. Ginebra: ONUSIDA.
- Putzel, J. 2004. "The Global Fight Against AIDS: How Adequate Are the National Commission"? *Journal of International Development* 16: 1129-40.
- Ray, S., A. Latif, R. Machekano y D. Katzenstein. 1998. "Sexual Behaviour and Risk Assessment of HIV Seroconvertors among Urban Male Factory Workers in Zimbabwe". *Social Science and Medicine* 47 (10):1432-43.
- Robalino, David, Carol Jenkins y Karim El Maroufi. 2003. "Risks and Macroeconomic Impacts of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: Why Waiting to Intervene Can Be Costly". Documento de trabajo sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo No. 2874. Washington, D.C.
- Rojanapithayakorn, Wiwat y Robert Hanenberg. 1996. "The 100% Condom Program in Thailand". *AIDS* 10(1): 1-7.
- Royal Tropical Institute, Banco Mundial, TANESA y ONUSIDA. 2001. *Rural Workers' Contribution to the Fight against AIDS: A Framework for District and Community Action*. Amsterdam: KIT.
- Ruehl, C., V. Pokrovsky y V. Vinogradov. 2002. "The Economic Consequences of HIV in Russia". Banco Mundial, Moscú. [www.worldbank.org.ru](http://www.worldbank.org.ru).
- Rugg, Deborah, Greet Peersman y Michel Carael, eds. 2004. *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation. New Directions for Evaluation* No. 103. San Francisco, CA: Wiley Subscription Services and the American Evaluation Association.
- Sepkowitz, K. 2001. "AIDS—The First Twenty Years". *New England Journal of Medicine* 344(23): 1764-72.
- Shaffer, Nathan y otros, en nombre del Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. 1999. "Short-Course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand: A Randomized Controlled Trial". *Lancet* 353(9155): 773-80.
- Shelton, J.D., D.T. Halperin, V. Nantulya, M. Potts y otros. 2004. "Partner Reduction Is Crucial for Balanced ABC Approach". *British Medical Journal* 328:891-94.
- Ssengooba, Freddie, John Ssekamatte-Sebuliba, Jacqueline Tate, Sarah Bassett Hileman y Sharon Weir. 2003. "PLACE in Uganda: Monitoring AIDS-Prevention Programs in Kampala, Uganda using the PLACE Method". Serie del Sistema de prioridades para las medidas locales de control del SIDA (PLACE), No. 2.
- Stover, John y Peter Way. 1998. "Projecting the Impact of AIDS on Mortality". *AIDS* 12 (suppl. 1): S29-S40.
- Subramanian, Ahila. 2003. "The Relation Between Public Spending and HIV/AIDS Knowledge and Behavior: Evidence from the States of India". Documento de referencia para la evaluación del DEO de la asistencia prestada por el Banco a la lucha contra el VIH/SIDA. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Thomas, James C. y Myra J. Tucker. 1996. "The Development and Use of the Concept of a Sexually Transmitted Disease Core". *Journal of Infectious Diseases* 174 (suppl. 2): S134-43.
- Timaeus, Ian M. 1998. "Impact of the HIV Epidemic on Mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from National Surveys and Censuses". *AIDS* 12 (suppl 1): S15-S28.
- Twigg, Judyth y Richard Skolnik. 2004. "Evaluation of the World Bank's Assistance in Fighting the AIDS Epidemic: Russia Case Study". Estudio de un caso práctico para la evaluación del DEO de la asistencia prestada por el Banco a la lucha contra el VIH/SIDA. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Uganda PLACE Study Group. 2002. "Using the PLACE Method to Reveal Gaps in Kampala's AIDS Prevention Program". *MEASURE Evaluation Bulletin* no. 4: 35-40. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Proyecto POLICY. 2004. *Coverage of selected services or HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*.
- U.S. Bureau of the Census. 1996. *World Population Profile 1996, with a Special Chapter Focusing on Adolescent Fertility in the Developing World*. Departamento de Comercio de los Estados Unidos, Washington, D.C.: Oficina de Prensa del Gobierno de los Estados Unidos.
- U.S. CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos). 1998. "Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents". *Morbidity and Mortality Weekly Report* (47) RR-5: 42-82.
- . 1983. "Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations". *Morbidity and Mortality Weekly Report* 32(8); 101-3.
- Vaillancourt, Denise, Sarbani Chakraborty y Taha Taha. 2004. "Evaluation of World Bank Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Ethiopia Case Study". Estudio de un caso práctico para la evaluación del DEO de la asistencia del Banco a la lucha contra el VIH/SIDA. Departamento de Evaluación de Operaciones, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Valerio, A. y Donald Bundy. 2004. "Education and AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS Prevention Programs". Banco

- Mundial, Serie sobre el desarrollo humano en África. Washington, D.C.
- Wawer, M.J., R.H. Gray, N.K. Sewankambo, D. Serwadda, O.L. Paxton, S. Berkley, D. McNairn, F. Wabwire-Mangen, C. Li, F. Nalugoda, N. Kiwanuka, T. Lutalo, R. Brookmeyer, R. Kelley y T.C. Quinn. 1998. "A Randomized, Co-mmunity Trial of Intensive Sexually Transmitted Disease Control for AIDS Prevention, Rakai, Uganda". *AIDS* 12(10): 1211-25.
- Wawer, Maria, N.K. Sewankambo, R.H. Gray y otros. 1996. "Community-Based Trial of Mass STD Treatment for HIV Control, Rakai, Uganda: Preliminary Data on STD Declines". Abstract Mo.C.443, 11a Conferencia Internacional sobre el SIDA, Vancouver, Canada, 7 a 12 de julio.
- Weinhardt, L.S., M.P. Carey, B.T. Johnson y otros. 1999. "Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of the Published Research, 1985-1997". *American Journal of Public Health* 89: 1397-1405.
- Weir, Sharon, Charmaine Pailman, Xoli Mahlaleha, Nicol Coetzee, Farshid Meidany y J. Ties Boerma. 2003. "From People to Places: Focusing AIDS Prevention Efforts Where It Matters Most". *AIDS* 17(6): 895-903.
- White, R.G., K.K. Orroth, E.L. Korenromp, R. Bakker, M. Wambura, N.K. Sewankambo, R.H. Gray, A. Kamali, J.A. Whitworth, H. Grosskurth, J.D. Habbema y R.J. Hayes. 2004. "Can Population Differences Explain the Contrasting Results of the Mwanza, Rakai, and Masaka HIV/Sexually Transmitted Disease Intervention Trials? A Modeling Study". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 37(4): 1500-13.
- Wilkinson, David y otros. 2000. "An Evaluation of the MOH/NGO Home Care Programmes for People with HIV/AIDS in Cambodia". Alianza Internacional contra el VIH/Sida, Phnom Penh.
- Wilson, David. 2004. "World Bank Contribution to Building National HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Capacity in Africa: Going Beyond Indicator Development and Conceptual Training". En D. Rugg y otros, eds., *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, No. 103. San Francisco, CA: Wiley Subscription Services and the American Evaluation Association.
- Wolfensohn, James. 1998. Discurso pronunciado ante la Comisión Económica para África, Addis Abeba (Etiopía) 27 de enero.
- Wolitski y otros. 1997. "The Effects of HIV Counseling and Testing on Risk-Related Practices and Help-Seeking Behavior". *AIDS Education and Prevention* 9 (Supp. B): 52-67.
- Ziegler, J.B., D.A. Cooper, R.O. Johnson y J. Gold. 1985. "Postnatal Transmission of AIDS-Associated Retrovirus from Mother to Infant". *Lancet* 1(8434):896-98.





# PUBLICACIONES DEL DEO

## **Serie de estudios**

2004 Annual Review of Development Effectiveness: The Bank's Contributions to Poverty Reduction  
Addressing the Challenges of Globalization: An Independent Evaluation of the World Bank's Approach to Global Programs  
Agricultural Extension: The Kenya Experience  
Assisting Russia's Transition: An Unprecedented Challenge  
Bangladesh: Progress Through Partnership  
Brazil: Forging a Strategic Partnership for Results—An OED Evaluation of World Bank Assistance  
Bridging Troubled Waters: Assessing the World Bank Water Resources Strategy  
Capacity Building in Africa: An OED Evaluation of World Bank Support  
The CIGAR at 31: An Independent Meta-Evaluation of the Consultative Group on International Agricultural Research  
Country Assistance Evaluation Retrospective: OED Self-Evaluation  
Debt Relief for the Poorest: An OED Review of the HIPC Initiative  
Developing Towns and Cities: Lessons from Brazil and the Philippines  
The Drive to Partnership: Aid Coordination and the World Bank  
Economies in Transition: An OED Evaluation of World Bank Assistance  
The Effectiveness of World Bank Support for Community-Based and -Driven Development: An OED Evaluation  
Evaluating a Decade of World Bank Gender Policy: 1990–99  
Evaluation of World Bank Assistance to Pacific Member Countries, 1992–2002  
Financial Sector Reform: A Review of World Bank Assistance  
Financing the Global Benefits of Forests: The Bank's GEF Portfolio and the 1991 Forest Strategy and Its Implementation  
Fiscal Management in Adjustment Lending  
IDA's Partnership for Poverty Reduction  
Improving the Lives of the Poor Through Investment in Cities  
India: The Dairy Revolution  
Information Infrastructure: The World Bank Group's Experience  
Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector  
Jordan: Supporting Stable Development in a Challenging Region  
Lesotho: Development in a Challenging Environment  
Mainstreaming Gender in World Bank Lending: An Update  
Maintaining Momentum to 2015? An Impact Evaluation of Interventions to Improve Maternal and Child Health and Nutrition Outcomes in Bangladesh  
The Next Ascent: An Evaluation of the Aga Khan Rural Support Program, Pakistan  
Nongovernmental Organizations in World Bank-Supported Projects: A Review  
Poland Country Assistance Review: Partnership in a Transition Economy  
Poverty Reduction in the 1990s: An Evaluation of Strategy and Performance  
The Poverty Reduction Strategy Initiative: An Independent Evaluation of the World Bank's Support Through 2003  
Power for Development: A Review of the World Bank Group's Experience with Private Participation in the Electricity Sector  
Promoting Environmental Sustainability in Development  
Putting Social Development to Work for the Poor: An OED Review of World Bank Activities  
Reforming Agriculture: The World Bank Goes to Market  
Sharing Knowledge: Innovations and Remaining Challenges  
Social Funds: Assessing Effectiveness  
Tunisia: Understanding Successful Socioeconomic Development  
Uganda: Policy, Participation, People  
The World Bank's Experience with Post-Conflict Reconstruction  
The World Bank's Forest Strategy: Striking the Right Balance  
Zambia Country Assistance Review: Turning an Economy Around

## **Serie de estudios sobre países**

Bosnia and Herzegovina: Post-Conflict Reconstruction  
Brazil: Forests in the Balance: Challenges of Conservation with Development  
Cameroon: Forest Sector Development in a Difficult Political Economy  
China: From Afforestation to Poverty Alleviation and Natural Forest Management  
Costa Rica: Forest Strategy and the Evolution of Land Use  
El Salvador: Post-Conflict Reconstruction  
India: Alleviating Poverty through Forest Development  
Indonesia: The Challenges of World Bank Involvement in Forests  
The Poverty Reduction Strategy Initiative: Findings from 10 Country Case Studies of World Bank and IMF Support  
Uganda: Post-Conflict Reconstruction

## **Actas**

Global Public Policies and Programs: Implications for Financing and Evaluation  
Lessons of Fiscal Adjustment  
Lesson from Urban Transport  
Evaluating the Gender Impact of World Bank Assistance  
Evaluation and Development: The Institutional Dimension (Transaction Publishers)  
Evaluation and Poverty Reduction  
Monitoring & Evaluation Capacity Development in Africa  
Public Sector Performance—The Critical Role of Evaluation

Todas las evaluaciones del IEG están disponibles, íntegra o parcialmente, en idiomas distintos del inglés. Véase nuestra selección multilingüe en: <http://www.worldbank.org/ieg>.



**BANCO MUNDIAL**



ISBN 0-8213-6388-3

