

### 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 propagaron. 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 recalcó 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 recaló 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.