

## 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.

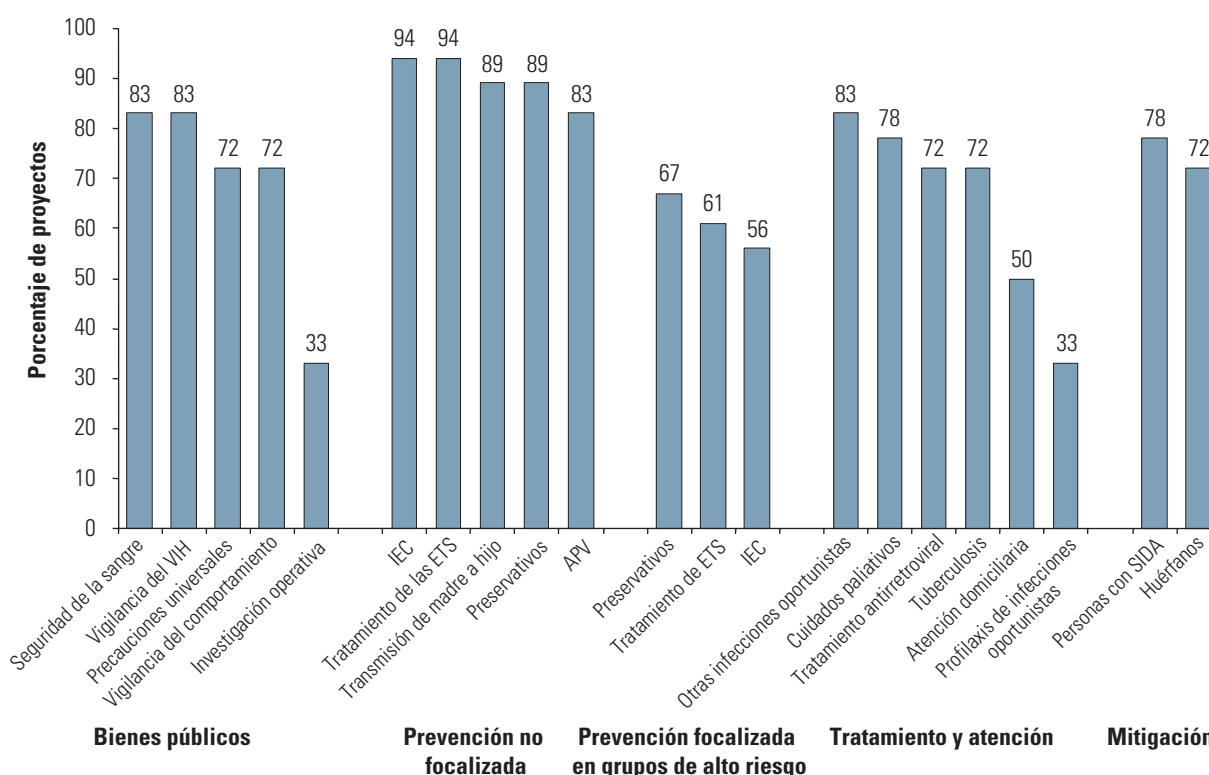
Los jefes de equipo informaron que en aproximadamente la mitad de los proyectos no se había subcontratado la gestión financiera ni las adquisiciones y que en alrededor del 70% tampoco se habían contratado en forma externa la gestión de las ONG, ni las actividades de S&E (Cuadro H.10). En los proyectos 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%).

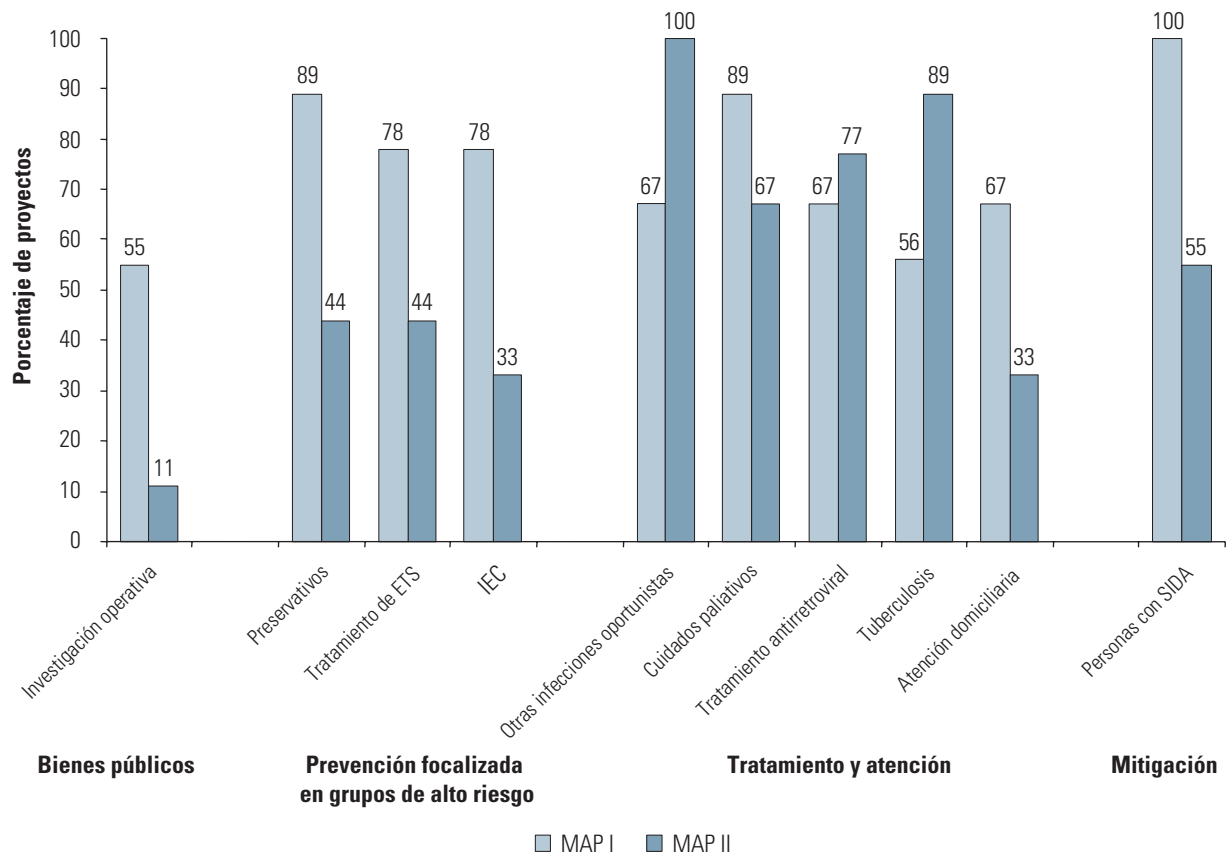
### Intervenciones respaldadas por el MAP

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).