



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**MEDIDA DEL ESFUERZO EN LA RESPUESTA NACIONAL E
INTERNACIONAL AL VIH/SIDA: EL ÍNDICE DE ESFUERZO DE
LOS PROGRAMAS NACIONALES DEL SIDA (IPS)**

ONUSIDA, USAID y proyecto POLICY

Informe resumido

RESUMEN

El programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el proyecto POLICY han desarrollado un índice de esfuerzo de los programas del SIDA (IPS) para medir el esfuerzo de los programas en la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA. El índice está concebido para obtener un perfil que describe el esfuerzo nacional y la contribución internacional a ese esfuerzo. En 2000, se aplicó a 40 países. Los resultados indican que el esfuerzo de los programas era relativamente alto en las áreas jurídica y normativa, de la formulación de políticas y de la estructura orgánica. El apoyo político era más bien escaso pero aumentó mucho a partir de 1998. La vigilancia y evaluación y los programas de prevención obtuvieron puntuaciones en la zona media de la tabla, con 50 de los 100 posibles puntos. Los componentes que obtuvieron puntuaciones más bajas son los recursos y la asistencia. El IPS también mide la disponibilidad de servicios esenciales de prevención y atención. En conjunto, los servicios esenciales están disponibles para cerca de la mitad de las personas que viven en zonas urbanas pero solamente para aproximadamente un cuarto de la población total. Los esfuerzos internacionales para ayudar a los programas nacionales recibieron una puntuación relativamente alta en todas las categorías excepto en la asistencia. Los resultados que se presentan aquí se complementarán más adelante en 2001 con un nuevo componente de derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

El éxito de los programas sobre el VIH/SIDA puede resultar afectado por muchos factores, entre los que figuran el compromiso político, el esfuerzo de los programas, el contexto sociocultural, los sistemas políticos, el desarrollo económico y la disponibilidad de recursos. Muchos programas comunican aportes (por ej., talleres de capacitación celebrados, preservativos distribuidos) o resultados bajos (por ej., porcentaje de relaciones sexuales protegidas con preservativo). Por lo general la medida del esfuerzo de los programas queda circunscrita a la existencia o falta de elementos programáticos importantes (por ej., comercialización social del preservativo, asesoramiento y pruebas). Para asistir a los países en esos esfuerzos de evaluación, el

ONUSIDA, la OMS y otras organizaciones han preparado diversas guías y herramientas (*Meeting the behavioural data collection needs of national HIV/AIDS and STD programmes* y *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS Programmes*). Sin embargo, con anterioridad no se había abordado la información sobre el contexto normativo, sobre el grado de apoyo político y sobre otras cuestiones contextuales que influyen en el éxito o fracaso de los programas nacionales del SIDA.

Como parte de un esfuerzo de colaboración con los países para mejorar la vigilancia y evaluación nacionales del SIDA, el ONUSIDA, la USAID y el proyecto POLICY han desarrollado un índice, denominado el índice de esfuerzo de los programas del SIDA (IPS), que mide los aportes decisivos de alto nivel de los programas nacionales y las organizaciones internacionales. El índice está concebido para medir el esfuerzo de los programas independientemente de sus resultados. Por ejemplo, el esfuerzo de los programas incluye componentes como el grado de apoyo político, el nivel de participación en el programa y los recursos asignados al programa, pero no comprende medidas del resultado tales como la proporción de relaciones sexuales realizadas con la protección de un preservativo. Hay muchas utilidades posibles de un índice que mide el esfuerzo de los programas con independencia de los resultados. A nivel general, un índice de esfuerzo puede servir para analizar la contribución independiente del esfuerzo de los programas al éxito de los programas en diversos contextos sociales y culturales. A nivel de país, un índice de esfuerzo se puede utilizar como medio de diagnóstico para identificar las áreas del programa que son más débiles y las más fuertes y para proponer medidas correctoras. En este contexto, el término “programa nacional” engloba no solamente el programa oficial del gobierno sino también los esfuerzos realizados por personas, asociaciones gubernamentales, comunidades, etc.

El VIH y el SIDA han sido siempre cuestiones políticamente delicadas. Varios decenios de experiencia en otras áreas altamente politizadas, como la planificación familiar, han demostrado que para el éxito de un programa es esencial un compromiso político firme.

La mayor dificultad para medir el compromiso político es encontrar una medida objetiva. La mayor parte de las medidas tienden a incluir una cierta subjetividad, con lo

cual tienen un uso limitado para la comparación entre países, pero, más importante aún, pueden ser difíciles de interpretar cuando se miden tendencias a lo largo del tiempo.

En el campo de la planificación familiar y la salud reproductiva, se han elaborado indicadores compuestos para determinar el grado de apoyo político al suministro de servicios de salud reproductiva. Esos indicadores se basan en la opinión de una combinación de “expertos” designados para reflejar una variedad de puntos de vista institucionales y profesionales sobre diversos aspectos del compromiso y contexto político.

Se han desarrollado índices de esfuerzo de los programas similares que miden el grado de apoyo del entorno normativo a los programas eficaces. El proyecto PASCA ha aplicado el índice del entorno normativo sobre el SIDA (IENS) para el VIH/SIDA en América central, mientras que el proyecto POLICY ha aplicado índices del entorno para el VIH/SIDA, la planificación familiar, la maternidad segura, los adolescentes y la asistencia posterior al aborto. El IENS tiene por objeto medir el grado de apoyo del entorno normativo en un país en particular a los esfuerzos para prevenir la propagación del VIH y las ETS; proporcionar una atención de calidad a las personas con SIDA; asegurar los derechos de las personas con SIDA, y reducir los impactos negativos del SIDA en las personas, familias, comunidades y sociedad.

Muchas medidas de política son del tipo sí/no. Pueden ser útiles para señalar lagunas en las que es muy necesaria la labor de desarrollo de políticas o de sensibilización, pero no son muy útiles para indicar cambios adicionales en el “clima” de política a lo largo del tiempo. También resulta difícil discernir de los indicadores sí/no cuál es la calidad de las políticas.

El propósito del IPS es medir el grado de esfuerzo aplicado en los programas nacionales del VIH/SIDA por las instituciones nacionales y las organizaciones internacionales. Forma parte de un amplio esfuerzo para medir una serie de indicadores de utilidad para los programas nacionales del SIDA.

Entre los distintos usos del IPS figuran los siguientes:

Descripción

1. Para medir el grado de los esfuerzos nacionales (en que nacionales se refiere a todas las aportaciones de un país, incluidas las centrales, regionales y locales, tanto por parte de organizaciones gubernamentales como no gubernamentales).
2. Para medir el grado de esfuerzo de la asistencia internacional en cada país.
3. Para medir cambios a lo largo del tiempo en los esfuerzos nacionales e internacionales (en preparación).

Diagnóstico

4. Para servir como medio de diagnóstico para indicar áreas fuertes y débiles en el programa de cada país.

Evaluación/impacto (en preparación)

5. Para determinar los efectos de la asistencia internacional en los esfuerzos nacionales.
6. Para determinar los efectos de los esfuerzos nacionales e internacionales en los resultados.

La figura 1 muestra el proyecto de marco conceptual para las relaciones entre el esfuerzo de los programas del VIH/SIDA y los resultados deseados. Ese proyecto de marco conceptual fue adaptado de un marco similar preparado para los servicios de planificación familiar y necesita desarrollarse más.

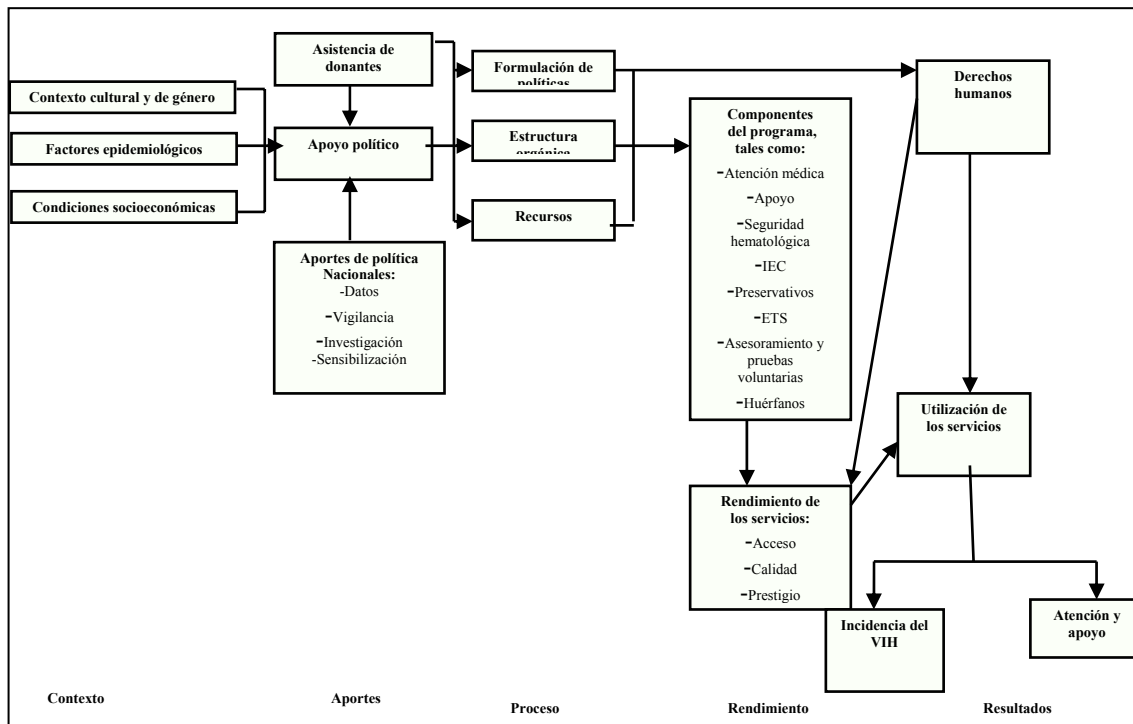


Figura 1. proyecto de marco conceptual de los resultados y el esfuerzo

Los diversos factores sociales, culturales, económicos y epidemiológicos definen el contexto de la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA. Esos factores pueden tener una gran influencia en la epidemia y en la respuesta que se le da, pero en gran medida están fuera del control del programa. La respuesta política está influida por esos factores externos y también por diversos esfuerzos nacionales para definir la magnitud y naturaleza de la epidemia (por medio del acopio de datos), para comprender los efectos de los programas para luchar contra la epidemia (a través de la investigación) y para influir en los responsables de formular políticas en ciertas direcciones (por medio de los esfuerzos para fomentar la sensibilización y la concienciación por parte de grupos gubernamentales y no gubernamentales del país). Las actividades de los donantes en el debate de política y en la investigación también pueden influir en el grado y tipo de apoyo político a los programas del VIH/SIDA.

El apoyo político y de los donantes determina la forma como se organizará la respuesta. Esto incluye el desarrollo y puesta en práctica de políticas nacionales y operativas, la estructura del programa y la cuantía de los fondos y recursos humanos que se le dediquen. Esos factores determinan los componentes del programa, que llevan directamente al rendimiento de los servicios (acceso, calidad, prestigio). En la medida

que esos servicios sean utilizados por la población, el programa tendrá un efecto en la reducción de la incidencia del VIH y en la mejora de la calidad y cantidad de los servicios de atención y apoyo proporcionados a las personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias.

La formulación de políticas afecta directamente la situación de los derechos humanos a través de las políticas, leyes y reglamentos oficiales, así como el medio en el cual se aplican esas leyes. La protección de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA es un resultado deseado por sí solo. El entorno de los derechos humanos también puede afectar el rendimiento y la utilización de los servicios.

El IPS está concebido para medir el esfuerzo aplicado en la prevención y atención del VIH. No mide el contexto socioeconómico de la epidemia y la respuesta, ni tampoco los resultados. Por consiguiente, el IPS incluye todos los puntos contenidos en el proyecto de marco conceptual bajo los rubros de aportes, proceso y rendimiento. También se incluyen los derechos humanos a pesar de ser un resultado, porque asimismo influyen en el rendimiento y utilización de los servicios.

METODOLOGÍA

Antecedentes

Se celebraron diversas reuniones y consultas sobre cuestiones metodológicas del IPS. El proyecto POLICY del Futures Group preparó una lista provisional de los puntos que había que incluir en el índice y el ONUSIDA aportó sus hojas de datos, sus perfiles de países y sus evaluaciones de los Grupos Temáticos como información básica.

Se recibieron comentarios y propuestas a través de una serie de reuniones con personas interesadas de la USAID, incluidos organismos como Horizons, Impact, AIDSmark, Census Bureau y MEASURE, así como organizaciones y proyectos implicados en programas del VIH/SIDA de la USAID y en otras organizaciones interesadas (por ej., el Banco Mundial). Los resultados de esas reuniones se incorporaron en un proyecto revisado. Se celebró una reunión similar en la sede del ONUSIDA para obtener aportaciones de su personal y de organizaciones europeas.

En agosto de 1998, se realizó un ensayo previo del IPS en un seminario llevado a cabo en la Universidad de Carolina del Norte (EE.UU). Participaron en el ensayo 12 países (Tanzanía, Burkina Faso, Rumania, Kenya, Federación de Rusia, Jamaica, Zambia, Tailandia, México, Senegal, Uganda y Brasil). El proyecto de cuestionario fue preparado y revisado por diversas personas interesadas del ONUSIDA, la OMS, la USAID, el proyecto Evaluation de MEASURE y el proyecto POLICY, y luego se colgó en la Internet para su revisión por todas las personas interesadas. En el cuestionario revisado se incorporaron los comentarios. Esa nueva versión se ensayó sobre el terreno en Camboya, México, Filipinas, Rumania, Senegal y Zambia. Los resultados del ensayo sobre el terreno se utilizaron para preparar el cuestionario final.

El proceso de aplicación

El IPS es un indicador compuesto que está formado por diversos rubros agrupados en categorías clave. Personas bien informadas puntúan cada rubro en una escala que va de 0 a 5. Se calcula el promedio de las puntuaciones del rubro para cada categoría para obtener una puntuación de la categoría que no dependa del número de rubros en la categoría. La puntuación de la categoría forma un perfil que muestra el esfuerzo de los programas de cada país.

El IPS fue aplicado en cada país por consultores nacionales que fueron recomendados por el Asesor del programa en el País del ONUSIDA o por el Presidente del Grupo Temático. Los consultores eran independientes del programa nacional y del ONUSIDA pero tenían un buen conocimiento del programa y de las personas implicadas en él.

Los consultores nacionales seleccionaron a 15-25 encuestados de muy diversa procedencia, con una buena comprensión y un buen conocimiento de su programa Nacional del SIDA. Los encuestados no debían constituir una muestra representativa sino que fueron seleccionados por sus conocimientos y opiniones. Se seleccionó a 2-5 encuestados de cada una de las siguientes procedencias:

Gobierno

- programa de lucha contra el SIDA
- Ministerio de Salud
- Ejército

- Administración de la Seguridad Social

Donantes

- ONUSIDA
- Copatrocinadores del ONUSIDA
- USAID
- Otros donantes internacionales
- Representantes de proyectos financiados por donantes importantes

Organizaciones no gubernamentales

- ONG de servicios sobre el SIDA
- ONG representantes de personas que viven con el VIH/SIDA
- Organizaciones de derechos humanos
- Organizaciones de sensibilización

Sociedad civil

- Organizaciones religiosas
- Grupos de investigación
- Universidades
- Asociaciones médicas
- Periodistas

Sector privado

- Cámaras de comercio
- Grandes empresas comerciales
- Sindicatos

Habida cuenta de que uno de los objetivos del IPS es medir el cambio, se pedía a los participantes que puntuaran cada rubro dos veces, una para la situación actual y la otra para la situación de dos años atrás.

El cuestionario contiene 100 puntos individuales agrupados en 11 componentes. Los componentes son los siguientes:

- Apoyo político (AP)
- Formulación de políticas (FP)

- Estructura orgánica (EO)
- Recursos del programa (EP)
- Evaluación, vigilancia e investigación (EVE)
- Entorno jurídico y normativo (EJN)
- Derechos humanos (DH)
- Programas de prevención (PP)
- Programas de asistencia (PA)
- Disponibilidad de servicios (DS)
- Función de las Naciones Unidas (FNU)

Además, la mayoría de los componentes contienen rubros que se refieren a la asistencia internacional. En el análisis, esos rubros se separan de los otros componentes y se combinan para formar un duodécimo componente:

- Asistencia internacional (AI)

Los rubros individuales en cada categoría se enumeran en el apéndice A.

En la actualidad el IPS ha sido aplicado en 40 países por consultores nacionales. Los consultores nacionales seleccionaron a los encuestados siguiendo las directrices mencionadas más arriba, les dieron los cuestionarios y se aseguraron de que fuesen rellenados. Los consultores nacionales y el número de encuestados por país aparecen en la lista del apéndice B. La distribución de los encuestados por procedencia se presenta en el cuadro 1. Las entradas y el procesamiento de datos fueron realizados en The Futures Group International.

Cuadro 1. Distribución de los encuestados por procedencia

Tipo de encuestado	Porcentaje de todos los encuestados
Programa de lucha contra el SIDA	9%
Otro organismo gubernamental	14%
ONG	21%
Organización de servicios sobre el SIDA	1%
Representantes de personas que viven con el VIH/SIDA	2%
Sector privado	3%
Personal internacional de organismo donante	10%
Personal nacional de organismo donante	10%
Representante de la sociedad civil	18%
Universidad	6%
Otras procedencias	5%
Total	100%

Problemas de validez

La metodología del IPS da por sentado que todos los encuestados están igualmente bien informados. Muchos revisores han puesto en duda que éste sea un postulado razonable. Como es improbable que todos los encuestados estén igualmente bien informados, posiblemente no sea fácil encontrar una metodología que tenga en cuenta las diferencias en los conocimientos. El cuestionario contiene una forma elemental de descontar al permitir a los encuestados que dejen en blanco cualquier rubro que no se sientan cualificados para responder.

La virtud de este enfoque para medir el esfuerzo de los programas es que proporciona una evaluación exhaustiva de todos los elementos que constituyen el esfuerzo de los programas. El índice permite a los encuestados opinar tanto sobre la existencia de ciertas actividades como sobre su calidad. Eso hace que el IPS sea un indicador flexible que en principio puede captar cualidades que no son fáciles de medir con indicadores que no están basados en la opinión.

La limitación del IPS es que es un instrumento semicualitativo que mide la percepción de política. Eso hace difícil medir la solidez y el compromiso de un programa. Las puntuaciones del cuestionario no son siempre precisas. Como dependen de las opiniones subjetivas de los encuestados, el índice depende hasta cierto punto de los encuestados acertados seleccionados. Además, las

posibilidades de las respuestas son más bien numerosas. Eso dificulta la detección de diferencias reales entre los países y entre los cambios habidos en el índice en periodos de tiempo cortos. Es probable que cualquier cambio en la composición de los grupos de expertos conduciría a un índice diferente. Esa es la razón por la cual es necesario realizar un trabajo de validación antes de utilizar ese índice para medir cambios a lo largo del tiempo a nivel nacional. Además, el estudio está basado en un índice compuesto. Por tanto, los cambios son más difíciles de interpretar cuando en algunas áreas hay mejoras que ocultan el deterioro en otras.

En principio, debería ser posible calcular los valores totales para cada país y clasificar todos los países de mayor a menor esfuerzo de los programas. Sin embargo, una clasificación así no tiene razón de ser con esas puntuaciones. A pesar de que todos los encuestados rellenaron el mismo cuestionario, es probable que los encuestados de cada país utilizaran distintos patrones al valorar el esfuerzo. En 2001 se realizará un esfuerzo independiente para reunir a expertos internacionales para que comparen el esfuerzo de los programas entre múltiples países.

En estos momentos es importante reconocer que el IPS de país debe interpretarse conjuntamente con otros resultados de evaluaciones, tales como las evaluaciones de los Grupos Temáticos, las revisiones a medio plazo de los programas nacionales y los resultados de evaluaciones temáticas.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis de la aplicación íntegra del IPS en 40 países. Este análisis pone de manifiesto que los encuestados no comprendieron adecuadamente la evaluación por puntos del componente de derechos humanos. Ese componente y el componente jurídico y normativo están siendo revisados y serán puntuados en las reuniones de país en 2001. Por consiguiente, los resultados presentados aquí no incluyen el componente de derechos humanos.

IPS PARA LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN 2000

Los resultados del IPS para los componentes de políticas y programas se presentan en el apéndice C. Todas las puntuaciones tienen un valor mínimo de cero, que indica la falta de esfuerzo, y un máximo de 100, correspondiente al mayor esfuerzo posible. En la práctica, las puntuaciones para los diversos componentes correspondientes a cada país oscilan entre un valor bajo de 15 y un valor alto de 93.

Perfil del esfuerzo de los programas

Los promedios de las puntuaciones por componente y región se presentan en la figura 2. Las cinco regiones presentan el mismo patrón de esfuerzo por componente. La destacable congruencia en el patrón mostrado por las regiones indica que en todo el mundo los países afrontan problemas similares en la lucha contra la epidemia, sea cual sea su enfoque.

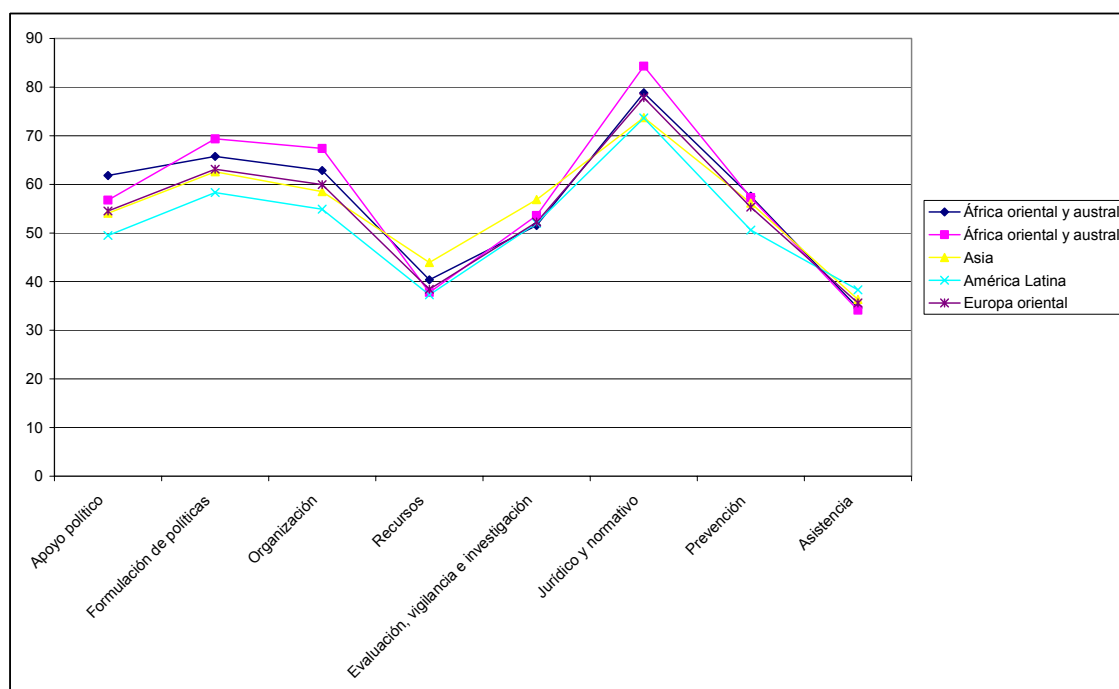


Figura 2. Índice de esfuerzo de los programas del SIDA por componente y región, 2000.

- Se considera que los programas están realizando un trabajo particularmente bueno en las cuestiones jurídicas y normativas, con puntuaciones por encima del 70 por ciento. Eso indica que las leyes, normas y prácticas generalmente

apoyan las intervenciones eficaces. Por ejemplo, en la mayoría de los países se permite la publicidad de los preservativos y hay pocas restricciones por lo que se refiere quién puede recibir servicios de ITS.

- La formulación de políticas se considera buena. Los encuestados de la mayor parte de los países comunicaron que existían políticas y leyes oficiales que establecían las metas y estrategias de los programas, organizaban un esfuerzo multisectorial e implicaban a múltiples partes interesadas en el debate político.
- Los programas de prevención también recibieron una puntuación relativamente buena, poniendo de manifiesto que los encuestados de la mayoría de los países consideraban que existían los principales componentes de un programa eficaz.
- La organización y estructura del programa nacional también se consideraron relativamente buenas. La mayoría de los países disponen de un programa gubernamental nacional y procuran incluir en él a organizaciones y representantes no gubernamentales.
- Los recursos (la financiación) y la atención obtuvieron las peores puntuaciones. La mayor parte de los encuestados indicaron que la financiación del programa era deficiente y que la asistencia proporcionada era insuficiente para satisfacer las necesidades.
- Es interesante destacar que los componentes de la formulación de políticas y del contexto jurídico y normativo obtuvieron una puntuación más alta que el del compromiso político. Eso señala que, en muchos casos, la falta de compromiso político no puede impedir el desarrollo de un marco normativo y jurídico para un programa del SIDA, en particular en los países donde se facilita una asistencia internacional sustancial. Sin embargo, la puntuación para los recursos y la atención quedó detrás de la que obtuvo el compromiso político. Como por lo general la atención se financia principalmente con recursos nacionales, mientras que en muchos países las contribuciones de los donantes ayudan a sufragar la prevención, eso puede indicar que se requiere el compromiso político para movilizar recursos nacionales y financiar la atención.

CAMBIOS EN EL IPS PARA LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS DE 1998 A 2000

La figura 3 presenta los cambios en las puntuaciones de los componentes por región desde 1889 hasta 2000. Los encuestados consideraron que durante los dos últimos años había habido un gran aumento en el compromiso político y en la formulación de políticas, en particular en África oriental y meridional. Diversos países de esas regiones del continente, entre los que figuran Kenya, Etiopía, Uganda y Zimbabwe, han promulgado y puesto en práctica nuevas políticas nacionales sobre el VIH/SIDA. Además, son cada vez más numerosos los dirigentes que hablan en público sobre el VIH/SIDA. Ese aumento ha elevado las puntuaciones para el compromiso político y la formulación de políticas de aproximadamente el 40% a cerca del 60%. En promedio, las puntuaciones para los demás componentes también subieron, pero en cantidades mucho más pequeñas.

Las altas puntuaciones otorgadas para el componente jurídico/normativo quedan reflejadas en el hecho de que cinco de los rubros más valorados pertenecen a ese componente. En la mayoría de los países los encuestados declararon que los programas sobre los preservativos están bien apoyados. Cinco de los principales rubros hacen referencia al contexto jurídico y a la distribución de preservativos.

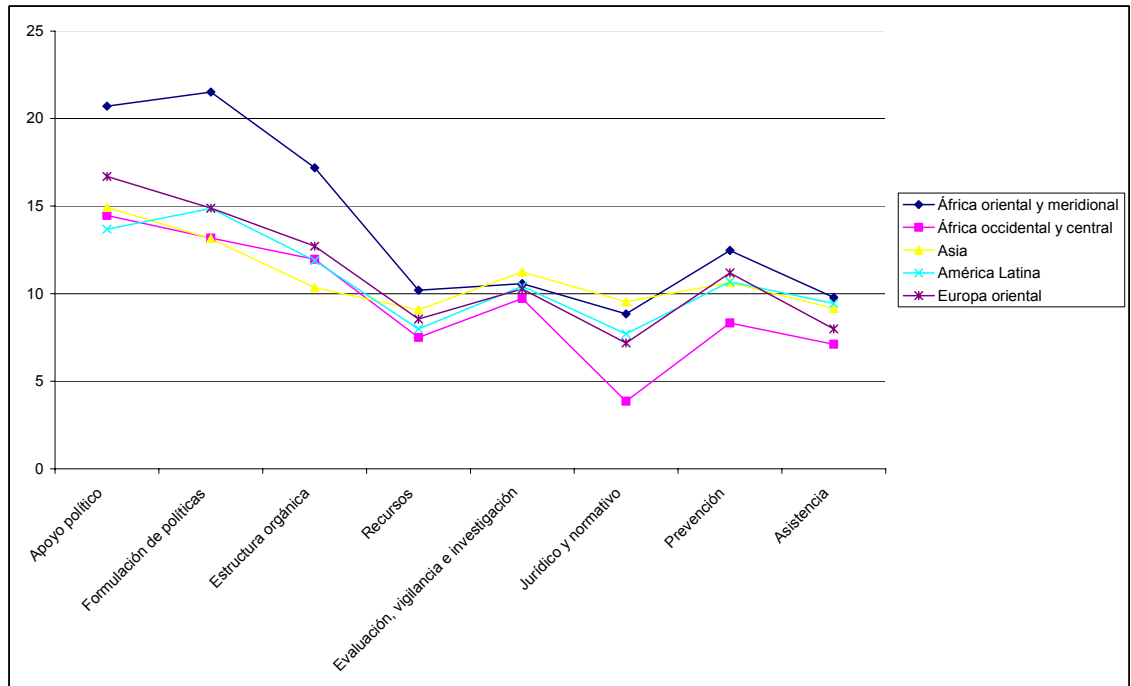


Figura 3. Cambios en el IPS de 1998 a 2000 por componente y región

Rubros más puntuados

En el cuadro 2 se presentan los 10 rubros más puntuados en todos los países. Las altas puntuaciones obtenidas por el componente jurídico/normativo quedan reflejadas en el hecho de que cinco de los rubros más puntuados pertenecen a ese componente. Los encuestados de la mayoría de los países declararon que los programas sobre los preservativos están bien apoyados. Cinco de los rubros con puntuación más alta están relacionados con el contexto jurídico y la distribución de preservativos.

Componente	Rubro	Puntuación (0-5)
Jurídico/normativo	No existen limitaciones para la importación de preservativos.	4.28
Jurídico/normativo	La publicidad de preservativos está permitida.	4.27
Jurídico/normativo	No existen limitaciones para la distribución de preservativos.	4.11
Jurídico/normativo	No existen limitaciones sobre quien puede recibir servicios de atención de ITS.	4.09
Estructura orgánica	El director del programa de lucha contra el SIDA trabaja a jornada completa y rinde cuentas a un funcionario superior influyente.	3.62
Formulación de políticas	El programa tiene metas oficiales	3.52
Prevención	Se dispone de directrices para reducir el riesgo de transmisión del VIH a los agentes de salud.	3.45
Jurídico y normativo	Los procedimientos de registro de ONG son claros, directos y justos.	3.44
Prevención	Existe un programa de comercialización social de los preservativos.	3.33
Prevención	Existe un sistema logístico para los preservativos.	3.26

Cuadro 2. Los 10 rubros más puntuados en todos los países

Por el contrario, el cuadro 3 presenta los 10 rubros con puntuación más baja en todos los países. La mayoría de ellos pertenecen a los componentes de asistencia y recursos. Los rubros relacionados con la aplicación de los conjuntos de medidas de asistencia básico e integral se encuentran entre los 10 con menor puntuación. Los encuestados percibieron claramente que la asistencia recibía mucho menos atención que los demás componentes del programa. Asimismo, cuatro de los siete rubros sobre recursos del programa nacional también estaban entre los que recibieron una puntuación más baja. La mayor parte de los encuestados opinaron que los recursos nacionales eran insuficientes. Esos dos componentes están estrechamente relacionados, ya que la atención sanitaria se financia mayormente con recursos nacionales.

Componente	Rubro	Puntuación (0-5)
Asistencia	Existe un programa integral para facilitar el apoyo necesario a los huérfanos por el SIDA	1.15
Asistencia	Se proporciona un conjunto integral de medidas de atención y apoyo a través del sistema nacional de salud. Este conjunto incluye todos los puntos del conjunto intermedio más la terapia antirretrovírica, el diagnóstico y tratamiento del complejo de Mycobacterium avium, el citomegalovirus, la tuberculosis polifarmacorresistente, la toxoplasmosis y las neoplasias asociadas al VIH.	1.16
Recursos	El sector privado desempeña una función importante en la financiación de los programas de prevención y atención del VIH/SIDA.	1.21
Recursos	Se dispone de la financiación adecuada para la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA.	1.25
Recursos	Se dispone de la financiación adecuada para los programas destinados a mitigar el impacto del SIDA.	1.53
Asistencia	Se proporciona un conjunto intermedio de medidas de asistencia y apoyo a través del sistema nacional de salud. Este conjunto incluye todos los puntos del conjunto básico más el tratamiento mejorado de la tuberculosis (identificación activa de casos entre las personas que tienen el VIH/SIDA, diagnóstico mejorado de la tuberculosis extrapulmonar y prevención de la tuberculosis), la profilaxis con cotrimoxazol, los antifúngicos sistémicos, el tratamiento del sarcoma de Kaposi con medicamentos esenciales y el tratamiento del cáncer de cuello del útero con cirugía.	1.87
Recursos	Se dispone de la financiación adecuada para los programas de prevención pública.	1.90
Prevención	Existen programas para prevenir la transmisión materno-infantil por medio de pruebas, asesoramiento, terapia antirretrovírica y programas de alimentación del lactante.	2.08
Evaluación e investigación	Existe un sistema de vigilancia comportamental y funciona con regularidad.	2.08
Asistencia	Se proporciona un conjunto básico de medidas de asistencia y apoyo a través del sistema nacional de salud. El conjunto básico incluye asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH; apoyo psicosocial; cuidados paliativos; tratamiento de la neumonía, la candidiasis oral y vaginal, y la tuberculosis pulmonar; y prestación de asistencia reglamentada, particularmente de la tuberculosis, las ITS y las alternativas terapéuticas avanzadas.	2.15

Cuadro 3. Los 10 rubros menos puntuados en todos los países

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

Las puntuaciones para la disponibilidad de servicios por región se presentan en la figura 4, y por región en el apéndice D. Esas puntuaciones representan la proporción de la población apropiada de la capital que tiene acceso a todos los servicios. El acceso a sangre inocua se considera muy bueno en todas las regiones. En cuanto a todos los demás servicios, se observan considerables problemas. El acceso a los preservativos, a los servicios de ITS y a la información es alto en comparación con los demás servicios pero solamente lo tienen cerca del 50% de la población. El resto de los servicios (asesoramiento y pruebas voluntarias, atención, apoyo, servicios para los jóvenes y servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil) está solamente disponible para cerca de una tercera parte de la población apropiada. Los programas de intercambio de agujas (PIA) no están ampliamente disponibles en ninguna parte, incluso en Europa oriental donde el consumo de drogas intravenosas es un modo de transmisión importante.

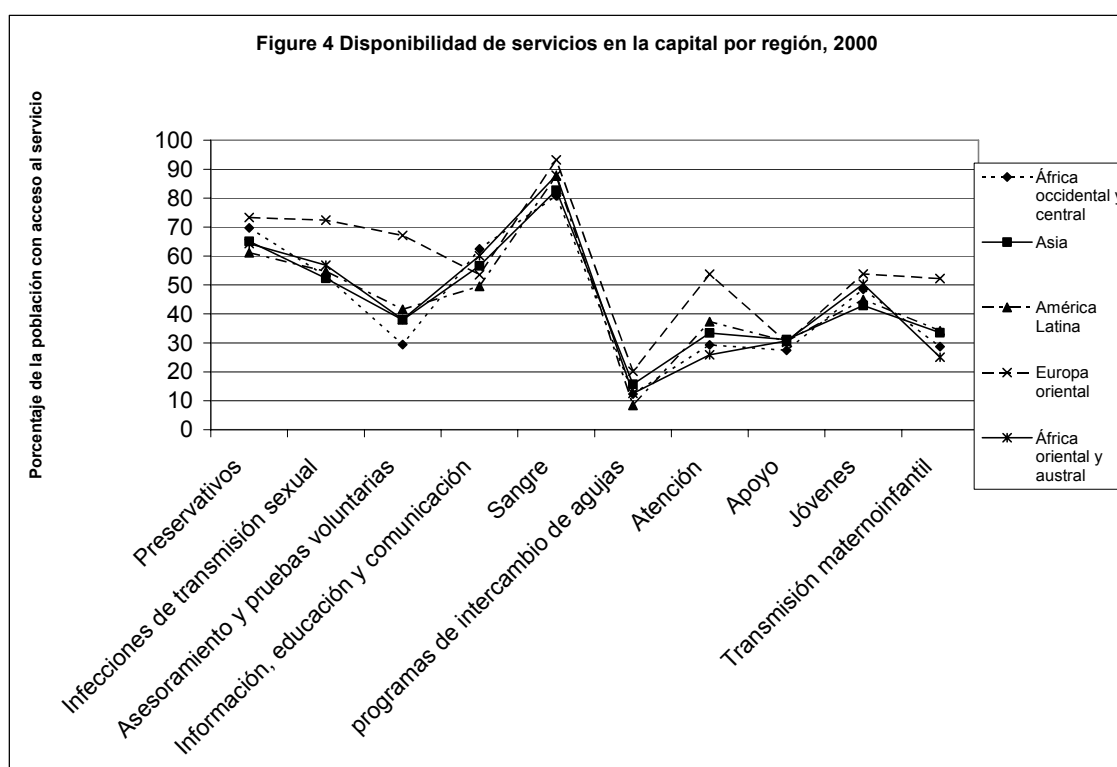


Figura 4. Disponibilidad de servicios en la capital por región, 2000

La figura 5 muestra el acceso en la capital. Por lo general el acceso en otras zonas urbanas y rurales es menor. Se pidió a los encuestados que valoraran el acceso en otras zonas urbanas y rurales en relación con la capital. Cuando se calcula el promedio de la disponibilidad de todos los servicios y se descuenta por la reducida disponibilidad en las zonas del exterior de la capital (ponderada por la distribución geográfica de la población), aparece la pauta mostrada en la figura 5 y en el apéndice E. Se trata de la proporción de la población nacional que tiene acceso a los servicios de prevención y atención. De acuerdo con este cálculo, cerca del 50% de la población urbana tiene acceso a los servicios mientras que tan solo alrededor del 25% de la población total tiene acceso razonable a esos servicios. Eso indica que todavía se necesita mejorar mucho el acceso a los servicios preventivos y asistenciales básicos incluso en las capitales, pero más aún en las otras zonas urbanas y rurales. En África y América Latina, los servicios en las zonas rurales son particularmente escasos.

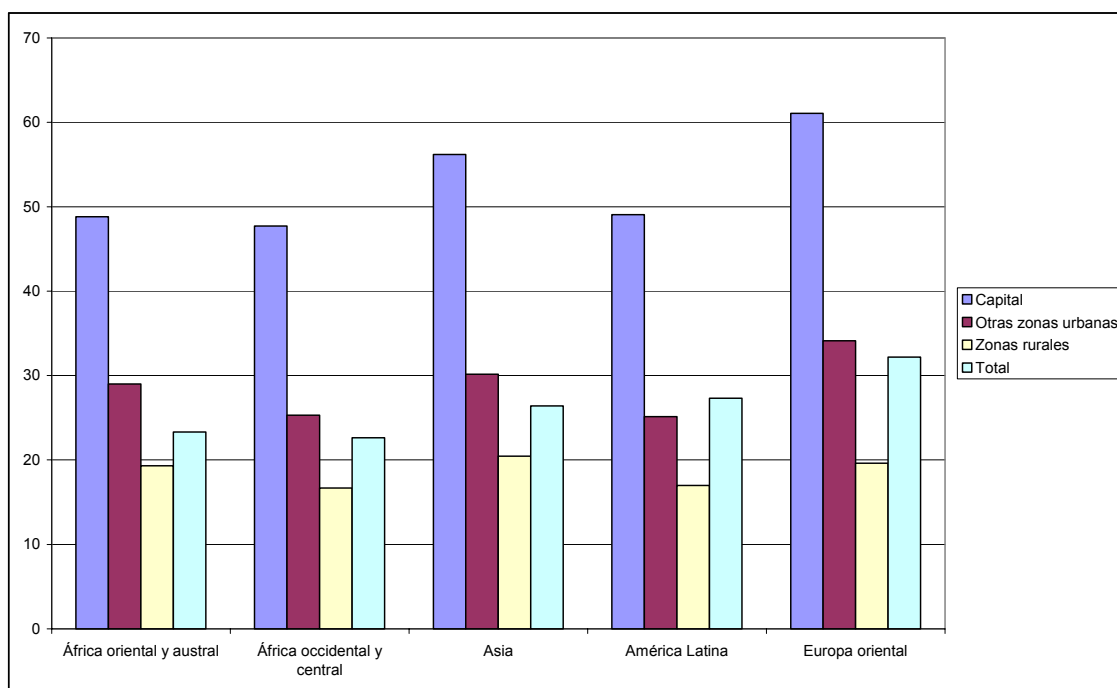


Figura 5. Disponibilidad de servicios por lugar y región, 2000

CONTRIBUCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Y DE OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

El cuestionario IPS también mide la contribución de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales al esfuerzo de los programas nacionales. La contribución

de las organizaciones de las Naciones Unidas se puntúa en una sección especial del cuestionario dedicada al impacto de dichas organizaciones. Además, en cada uno de los componentes de política y del programa se incluyeron preguntas sobre la función de las organizaciones internacionales. Esos rubros fueron extraídos y examinados de forma separada para determinar la contribución de todas las organizaciones internacionales. Los resultados fueron casi idénticos a los que correspondieron a las organizaciones de las Naciones Unidas.

La contribución de las organizaciones de las Naciones Unidas al esfuerzo de los programas por región y año se presenta en la figura 6. En general, los encuestados consideraron que esas organizaciones y otros organismos internacionales hacían importantes contribuciones al esfuerzo nacional. Las puntuaciones fueron del 60% o superiores para todas las regiones en 2000. Esas puntuaciones son algo más altas que las que correspondieron al esfuerzo nacional. Las organizaciones de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales contribuyeron más en África que en las demás regiones, pero la contribución es importante en todas partes. Esa contribución aumentó de forma considerable de 1998 a 2000 en todas las regiones, y el mayor incremento se produjo en Europa oriental, la región con la puntuación más baja en 1998.

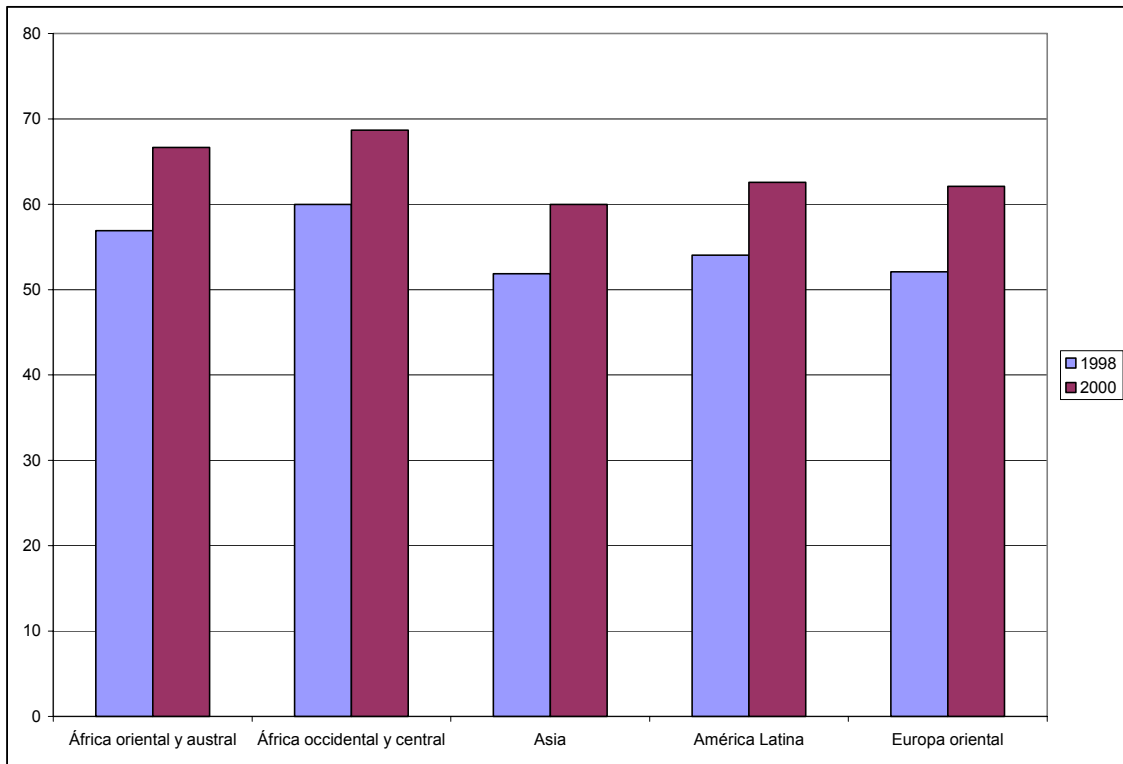


Figura 6. Contribución de las organizaciones de las Naciones Unidas al esfuerzo de los programas

En la figura 7 se presenta la contribución de las organizaciones de las Naciones Unidas por componente y año. La contribución para todos los componentes salvo para la atención fue uniformemente elevada en 2000. Los aumentos registrados entre 1998 y 2000 tendieron a ser más pronunciados en las zonas más necesitadas, de modo que en 2000 la contribución fue igual para todos los componentes excepto la atención. El apoyo a la asistencia fue claramente menor que todos los demás componentes.

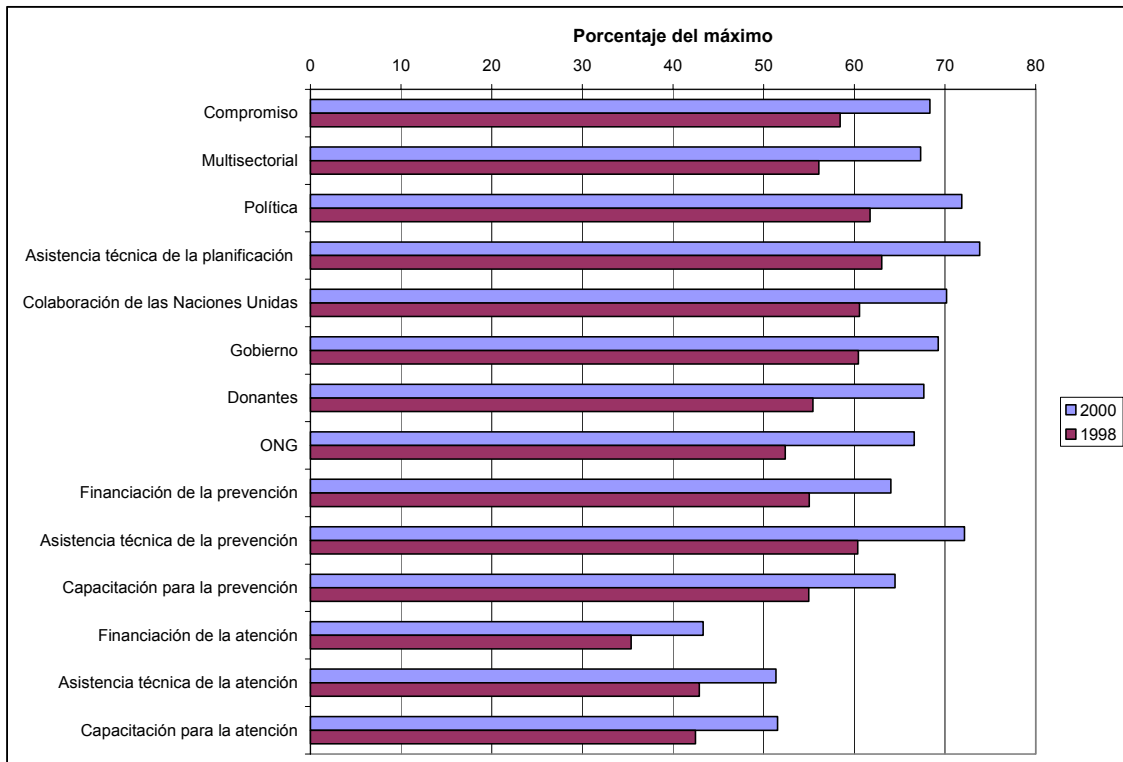


Figura 7. Contribución de las organizaciones de las Naciones Unidas por tipo de asistencia, 1998 y 2000

CONCLUSIONES

1. Todos los países estudiados han emprendido por lo menos un esfuerzo razonable. Ningún país recibió una puntuación total (expresada como el promedio de todos los componentes) inferior a 39. Por otro lado, ningún país obtuvo una puntuación total superior a 77. Así pues, existe un margen considerable para mejorar en todos los países.
2. Los encuestados consideraron que los mayores esfuerzos se realizaron en las áreas jurídica y normativa. Las puntuaciones más altas fueron para la estructura jurídica y normativa y para la formulación de políticas. Sin embargo, aun en esas áreas se necesita una importante mejora, principalmente para asegurar que la estructura jurídica existente se utilice para proteger los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA.
3. El compromiso político de los dirigentes nacionales para afrontar el VIH/SIDA es una cuestión importante que preocupaba a la mayoría. En el pasado ese compromiso ha sido débil, y eso ha afectado a los programas de diversas maneras. No obstante, en los dos últimos años el compromiso político ha aumentado más que cualquier

otro componente. Ese aumento ha sido particularmente pronunciado en África oriental y austral. A pesar de que en muchas zonas hay falta de compromiso político, es esperanzador observar como ha ido aumentando en años recientes.

4. Una de las áreas más flojas es la de los recursos. Los encuestados observaron que los recursos destinados a los programas del VIH/SIDA eran insuficientes para apoyar una respuesta eficaz. Si bien los encuestados opinaron que los recursos habían aumentado en los dos últimos años, ese aumento era bastante pequeño comparado con los demás componentes. El aumento del compromiso político no ha conducido aún a un aumento similar en los recursos.
5. El IPS muestra muy claramente que el esfuerzo realizado para atender a las personas que viven con el VIH/SIDA es el componente más flojo de la mayoría de los programas. La atención es el componente que recibió menor puntuación en todas las regiones y los rubros de la disponibilidad de servicios relacionados con la atención fueron los menos puntuados.
6. La disponibilidad de servicios es un problema importante para la mayor parte de los países. Incluso en las capitales la mayoría de la población no tiene acceso a gran parte de los servicios. Las mejores puntuaciones fueron para el suministro de sangre inocua, la distribución de preservativos y los servicios de atención de las ITS. Los demás servicios beneficiaban a menos de la mitad de la población apropiada. La situación es todavía peor en otras zonas urbanas y rurales.
7. Las organizaciones de las Naciones Unidas y otros donantes internacionales están haciendo una importante contribución al esfuerzo de los programas. Los encuestados consideraron que la asistencia internacional era un factor positivo en la mayor parte de los programas de los países. Reciben la mayor contribución los componentes de política, planificación y prevención, mientras que la menor es para la atención.

PRÓXIMOS PASOS

Todos los países participantes recibirán la información ofrecida en el presente informe y un perfil de país. Se procurará animar a los países para que examinen esos resultados y discutan sus implicaciones para mejorar el esfuerzo de los programas.

Se está desarrollando un nuevo componente de derechos humanos y entorno jurídico y normativo, que será evaluado en cada país y se añadirá al perfil general.

Actualmente se está realizando un esfuerzo independiente para comparar el esfuerzo de los programas en los países. Ese esfuerzo puede producir resultados que sean comparables internacionalmente, dependiendo de las pruebas de validez, y finalmente permitir a los países compararse con otros países en su región. Asimismo, deberá realizarse también una mayor labor de desarrollo para evaluar la validez del IPS en el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

Referencias

- Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani y James C. Knowles. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: The Evaluation Project.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin y James F. Phillips. 1990. "The demographic impact of family planning programs." *Studies in Family Planning* 21,6:299-310.
- Bongaarts, John. 1994. "The impact of population policies: Comment". *Population and Development Review* 20,3:616-620.
- Bulatao, Rodolfo. 1993. *Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Camp, Sharon L. y Joseph J. Speidel. 1987. "Access to birth control: A world assessment." *Population Briefing Paper*, No . 19. Washington, DC: Comité de la Crisis Demográfica.
- Casetti, Emilio. 1991. "The investigation of parameter drift by expanded regressions: Generalities, and a family planning example." *Environment and Planning* 23: 1,045-1,061.
- Casetti, Emilio. 1992. "Bayesian regression and the expansion method." *Geographical Analysis* 24,1 58-74.
- Entwisle, Barbara, William Mason y Albert Hermalin. 1986. "Multilevel dependence of contraceptive use on socioeconomic development and family planning program strength." *Demography* 23, 2: 199-216.
- Jain, Anrudh K. 1989. "Fertility reduction and the quality of family planning services." *Studies in Family Planning* 20, 1:1-16.
- Knight, Rodney J. y Amy Tsui. 1998. *Family Planning Sustainability at the Outcome and Program Levels*. Chapel Hill, NC: The EVALUATION Project, Carolina Population Center.
- Mauldin, W. Parker y John A. Ross. 1994. "Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015." *Studies in Family Planning* 25,2: 77-95.
- Mauldin, W. Parker, John A. Ross, John Kekevole, Barkat-e-Khuda y Abul Barkat. 1995. "Direct and judgmental measures of family planning program inputs." *Studies in Family Planning* 26,5 :287-295.
- Nuñez, Cesar A., Patricio Murgueytio and John Stover. 1999. *The AIDS Policy Environment Score: Measuring the Degree to Which the Policy Environment in Central America Supports Effective Policies and Programs for HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care: 1998 Follow-up Results*. Glastonbury, CT: The Futures Group International.

- Ness, Gayl y Hiro Ando. 1984. *The Land is Shrinking: Population Planning in Asia*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- Pritchett, Lant H. 1994. "Desired fertility and the impact of population policies." *Population and Development Review* 20,1: 1-55.
- Ross, John A., Donald J. Lauro, Joe D. Wray y Allan G. Rosenfield. 1987. "Community-based distribution." En *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Editores, Robert J. Lapham y George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 343-366.
- Ross, John A. y Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94." *Studies in Family Planning* 27, 3:137-147.
- Ross, John A. y John Stover. Forthcoming. "Family Planning Program Effort: The 1999 Round", *Studies in Family Planning*.
- Schultz, T.P. 1994. "Human capital, family planning and their effects on population growth." *American Economic Review* 84,2: 255-260.
- Shoen, Amy, William Schellsede y Bonnie Derr. 1987. "Contraceptive social marketing." En *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Editores, Robert J. Lapham y George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 367-390.
- Stover, John. 1999. *The AIDS Program Effort Index (API): Results from the Field Test*. Washington, DC:: The POLICY Project, The Futures Group International.

Apéndice A. Rubros del índice de esfuerzo de los programas del SIDA

I. APOYO POLÍTICO

1. Existe apoyo de alto nivel del gobierno nacional a las políticas y programas eficaces.
2. La opinión pública apoya los programas y políticas eficaces.
3. Los funcionarios públicos de categoría superior del gobierno adscritos a órganos distintos al Ministerio de Salud reconocen el SIDA y las ITS como un problema prioritario.
4. Las principales organizaciones religiosas apoyan las políticas y programas eficaces.
5. Los dirigentes del sector privado apoyan las políticas y programas eficaces.
6. Se realizan actividades locales destinadas a los dirigentes políticos y comunitarios de alto nivel para fomentar el apoyo a los programas del SIDA eficaces.
7. Entre los responsables de formular políticas existe la conciencia de que mejorar la condición social y económica de la mujer es importante para la prevención del SIDA.
8. Las organizaciones internacionales han hecho una contribución importante al fortalecimiento del compromiso político de los máximos dirigentes.

II. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

1. Existe una política nacional favorable.
2. El programa tiene metas oficiales.
3. Existen estrategias específicas y realistas para alcanzar las metas del programa.
4. Existe un órgano coordinador nacional y funciona eficazmente.
5. Hay otros ministerios además del de salud que intervienen en la formulación de políticas.
6. El debate y la formulación de políticas implican a las ONG, los dirigentes comunitarios, y los representantes del sector privado, de grupos de mujeres y de grupos de interés especial.
7. Las organizaciones internacionales han contribuido a la formulación de políticas facilitando asistencia técnica y directrices.
8. Las organizaciones internacionales han contribuido a la planificación facilitando asistencia técnica y directrices.

III. ESTRUCTURA ORGÁNICA

1. El programa de lucha contra el SIDA o la comisión nacional sobre el SIDA están situados en un lugar destacado en la estructura del gobierno.
2. El director del programa de lucha contra el SIDA trabaja a jornada completa y está subordinado a un oficial superior influyente.
3. Se ha puesto en práctica un enfoque multisectorial que funciona bien.
4. El sector privado está incluido oficialmente en el programa de lucha contra el SIDA.
5. Se realizan esfuerzos para asegurar la participación de la comunidad.
6. Existe una buena coordinación entre las actividades del gobierno nacional, el gobierno local, las ONG, el sector privado y los donantes internacionales.

IV. RECURSOS PROGRAMÁTICOS

1. Los recursos se asignan conforme a criterios de prioridad.
2. Las decisiones acerca de la distribución de recursos se basan en criterios de rentabilidad de las intervenciones.
3. La financiación actual puede utilizarse con flexibilidad para prestar apoyo a nuevos programas eficaces.
4. Se dispone de financiación adecuada para los programas de prevención pública.
5. Se dispone de financiación adecuada para la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA.
6. Se dispone de financiación adecuada para los programas destinados a reducir el impacto del SIDA.
7. El sector privado desempeña un papel importante en la financiación de los programas de prevención y atención del VIH/SIDA.
8. Las organizaciones internacionales han aportado una parte importante de los fondos para los programas de prevención.
9. Las organizaciones internacionales han aportado una parte importante de los fondos para los programas de atención.

V. EVALUACIÓN, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN

1. Se desarrollan planes operativos y financieros que coinciden con los objetivos y metas.
2. Los resultados de la evaluación y la investigación se utilizan activamente en la formulación de políticas y la planificación de programas.

3. El programa dispone de mecanismos y estructuras para la vigilancia y la evaluación, como una unidad de evaluación oficial.
4. Se llevan a cabo estudios especiales en función de la necesidad de mejorar el programa.
5. Existe un sistema de vigilancia centinela de la infección por el VIH, y funciona con regularidad.
6. Existe un sistema de vigilancia del comportamiento, y funciona con regularidad.

VI. ENTORNO JURÍDICO Y NORMATIVO

1. La publicidad de preservativos está permitida.
2. No existen limitaciones para la importación de preservativos.
3. No existen limitaciones para la distribución de preservativos.
4. No existen limitaciones sobre quien puede recibir servicios de atención de ITS.
5. Los procedimientos de registro de ONG son claros, directos y justos.
6. La violación, los abusos sexuales y la violencia doméstica se consideran delitos graves, y quienes los cometen son procesados adecuadamente.
7. Las conferencias, documentos, directrices, convenios, convenciones y tratados internacionales han sido incorporados en la legislación nacional o han contribuido a la reforma jurídica y normativa.

VIII. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

1. Directrices para reducir el riesgo de transmisión del VIH a los trabajadores de salud.
2. Un programa activo para fomentar una información precisa sobre el VIH/SIDA por los medios de comunicación.
3. Un sistema logístico en funcionamiento para los medicamentos destinados al tratamiento de ITS e infecciones oportunistas.
4. Un sistema logístico en funcionamiento para los preservativos.
5. Un programa de comercialización social para los preservativos.
6. Programas de prevención especiales para grupos de alto riesgo.
7. Servicios de asesoramiento y pruebas confidenciales.
8. Educación de la vida familiar para los jóvenes.
9. Programas para prevenir la transmisión maternoinfantil por medio de servicios de pruebas, asesoramiento, terapia antirretrovírica y alimentación del lactante.
10. Un programa nacional de información, educación y comunicación (IEC).

11. Un programa para la reducción del daño destinado a consumidores de drogas intravenosas (incluidos el intercambio de agujas, tratamiento de sustitución, educación inter pares, fomento del preservativo, reducción y prevención de la demanda).
12. Las personas que viven con el VIH/SIDA participan oficialmente en el programa.
13. Los programas internacionales han ayudado mucho a capacitar al personal local que trabaja en los programas de prevención.
14. La investigación internacional ha contribuido mucho a diseñar las intervenciones del programa.
15. Las organizaciones internacionales han ayudado al diseño y ejecución del programa facilitando asistencia técnica y directrices.

IX. PROGRAMAS DE ASISTENCIA

1. Existen políticas y directrices actualizadas para la asistencia de las personas que viven con el VIH/SIDA y para su apoyo.
2. Se proporciona un conjunto básico de medidas de asistencia y apoyo a través del sistema nacional de salud. El conjunto básico incluye asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH; apoyo psicosocial; cuidados paliativos; tratamiento de la neumonía, la candidiasis oral y vaginal, y la tuberculosis pulmonar; y prestación de asistencia reglamentada, particularmente de la tuberculosis, las ITS y las alternativas terapéuticas avanzadas.
3. Se proporciona un conjunto intermedio de medidas de asistencia y apoyo a través del sistema nacional de salud. Este conjunto incluye todos los puntos del conjunto básico más el tratamiento mejorado de la tuberculosis (identificación activa de casos entre las personas que tienen el VIH/SIDA, diagnóstico mejorado de la tuberculosis extrapulmonar y prevención de la tuberculosis), la profilaxis con cotrimoxazol, los antifúngicos sistémicos, el tratamiento del sarcoma de Kaposi con medicamentos esenciales y el tratamiento del cáncer de cuello del útero con cirugía.
4. Se proporciona un conjunto integral de medidas de asistencia y apoyo a través del sistema nacional de salud. Este conjunto incluye todos los puntos del conjunto intermedio más la terapia antirretrovírica, el diagnóstico y tratamiento del complejo de *Mycobacterium avium*, el citomegalovirus, la tuberculosis polifarmacorresistente, la toxoplasmosis y las neoplasias asociadas al VIH.

5. Existe un programa integral para prestar el apoyo necesario a los huérfanos por el SIDA.
6. Los programas internacionales han ayudado mucho a capacitar al personal local que trabaja en los programas de atención.
7. La investigación internacional ha contribuido mucho a diseñar las intervenciones del programa.
8. Las organizaciones internacionales han ayudado al diseño y ejecución del programa facilitando asistencia técnica y directrices.

IX. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

1. ¿Qué porcentaje de los adultos sexualmente activos de la capital tienen un acceso razonablemente adecuado a los siguientes servicios?
2. Preservativos.
3. Tratamiento de las ITS.
4. Asesoramiento y pruebas voluntarias.
5. Programas de IEC sobre prevención del VIH.
6. ¿Qué porcentaje de las transfusiones sanguíneas realizadas en la capital utiliza sangre analizada?
7. ¿Qué porcentaje de los consumidores de drogas intravenosas de la capital tiene un acceso razonablemente adecuado a los programas de intercambio de agujas?
8. ¿Qué porcentaje de las personas VIH-positivas de la capital tiene un acceso razonablemente adecuado a la asistencia médica de calidad de los problemas relacionados con el VIH?
9. ¿Qué porcentaje de las personas VIH-positivas de la capital tiene un acceso razonablemente adecuado al apoyo familiar y personal para afrontar los efectos del VIH?
10. ¿Qué porcentaje de los jóvenes de la capital tienen un acceso razonablemente adecuado a la información sobre las prácticas sexuales seguras?
11. ¿Qué porcentaje de las mujeres embarazadas de la capital tienen un acceso razonablemente adecuado a los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH?
12. ¿Cómo funcionan los servicios en otras zonas urbanas en comparación con los de la capital?

13. ¿Cómo funcionan los servicios en las zonas rurales en comparación con los de la capital?

IX. FUNCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

1. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido de forma importante al fortalecimiento del compromiso político de los máximos dirigentes.
2. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido de forma importante a aumentar el número y los tipos de instituciones implicadas en la respuesta al VIH/SIDA.
3. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido a la formulación de políticas facilitando asistencia técnica y directrices.
4. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido a la planificación facilitando asistencia técnica y directrices.
5. Las organizaciones de las Naciones Unidas colaboran eficazmente entre ellas en el campo del VIH/SIDA.
6. Las organizaciones de las Naciones Unidas y el gobierno nacional colaboran eficazmente en el campo del VIH/SIDA.
7. Las organizaciones de las Naciones Unidas y los donantes bilaterales colaboran eficazmente en el campo del VIH/SIDA.
8. Las organizaciones de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales (incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA) colaboran eficazmente en el campo del VIH/SIDA.
9. Las organizaciones de las Naciones Unidas han aportado una cantidad significativa de fondos para los programas de prevención del VIH/SIDA.
10. Las organizaciones de las Naciones Unidas han ayudado a diseñar y ejecutar programas de prevención del VIH facilitando asistencia técnica y directrices.
11. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido de forma notable a capacitar al personal local que trabaja en programas de prevención del VIH/SIDA.
12. Las organizaciones de las Naciones Unidas han aportado una cantidad significativa de fondos para los programas de atención del VIH/SIDA.
13. Las organizaciones de las Naciones Unidas han ayudado a diseñar y ejecutar programas de atención del VIH/SIDA facilitando asistencia técnica y directrices.
14. Las organizaciones de las Naciones Unidas han contribuido de forma notable a capacitar al personal local que trabaja en programas de atención del VIH/SIDA.

Apéndice B. Consultores nacionales que han aplicado el IPS

País	Consultor	Número de encuestados
Belarús	Irina Albertovna Mironova	25
Benin	Edouard Wallace	28
Brasil	Euclides Ayres de Castilho	39
Burkina Faso	A. Yvonne Tavi-Outtara	20
China	Ruotao Wang	21
Congo, Rep. Dem.	Emile Bongo Beni	21
Cote d'Ivoire	Grazia Tibaldeschi	30
Dominican Republic	William Rafael Duke	30
El Salvador	Ada Auxiliadora Orellana Gonzalez	32
Etiopía	Melaku Rufael	23
Ghana	Christopher N.L. Tetteh	19
Guatemala	Sergio Aguilar	24
Guyana	Birchete Bonita Harris	27
Haití	Marie-Dalberg La Fontant Pierre	25
Honduras	Edna Maradiaga	29
Indonesia	Chris Green	17
Kazajstán	Margaret Stuart	28
Kenya	Sobie Mulindi.	28
Madagascar	Andriamahenina Ramamonjisoa	22
Malawi	Wilfred Alexander Chalamira Nkhoma	17
Mali	Ismaila Samba Traore	20
México	José Romero	19
Mozambique	Luis Alberto Macave	17
Nepal	Mahesh Pradhan	23
Nicaragua	Fernando Campos	27
Nigeria	Adiele Onyeze	26
Panamá	Rina Castro de Barba	25
Perú	Ricardo Alberto Furman Wolf	24
Filipinas	Tes Cucueco	25
Federación de Rusia	Elena Yakovlevna Mogilevskaya	18
Rwanda	Ruth Kornfield	28
Senegal	Idrissa Diop	21
Sudáfrica	Paddy Sipho Nhlapo	17
Tanzanía	Peter Riwa	22
Uganda	Susan Kasedde	20
Ucrania	Oliynyk Igor	19
Viet Nam	Dao Thi Khanh Hoa	27
Zambia	Jolly Kamwanga	19
Zimbabwe	David Munodawafa	23

Apéndice C. Índice de esfuerzo del programa del SIDA por componente y país, 2000

	Apoyo político	Formulación de políticas	Estructura orgánica	Recursos programáticos	Evaluación, vigilancia e investigación	Jurídico y normativo	Programas de prevención	Programas de atención
África oriental y austral								
Etiopía	63	61	44	26	32	74	46	24
Kenya	63	70	70	42	47	81	58	32
Madagascar	53	58	59	43	51	81	58	21
Malawi	71	74	78	54	68	83	62	48
Mozambique	63	71	67	50	57	82	56	39
Rwanda	59	63	59	36	46	80	57	37
Sudáfrica	60	57	67	35	42	74	46	28
Tanzanía	55	59	55	38	52	82	64	41
Uganda	66	75	68	42	60	78	59	31
Zambia	64	60	56	35	53	74	56	29
Zimbabwe	61	72	67	43	61	81	73	52
Promedio	62	66	63	40	52	79	58	35
África occidental y central								
Benin	51	73	69	39	59	87	66	34
Burkina Faso	51	52	59	38	43	79	49	28
Congo, Rep. Dem.	43	76	67	24	52	83	50	38
Cote d'Ivoire	55	64	70	35	56	83	60	41
Ghana	65	70	61	46	54	90	61	23
Malí	64	78	68	40	47	81	58	37
Nigeria	62	65	70	44	59	86	49	28
Senegal	61	78	75	39	61	87	66	46
Promedio	57	69	67	38	54	84	57	34
Asia								

	Apoyo político	Formulación de políticas	Estructura orgánica	Recursos programáticos	Evaluación, vigilancia e investigación	Jurídico y normativo	Programas de prevención	Programas de atención
Camboya	56	61	59	47	59	75	52	47
China	50	61	51	38	57	57	53	37
Indonesia	47	58	51	37	47	68	50	23
Nepal	48	52	52	36	47	74	46	15
Filipinas	60	76	73	56	69	75	66	48
Viet nam	63	66	64	50	63	93	70	47
Promedio	54	63	59	44	57	74	56	36
América Latina								
Brasil	70	80	80	70	71	85	73	73
República Dominicana	45	67	58	30	57	75	50	32
El Salvador	43	50	46	33	48	67	45	40
Guatemala	54	60	52	35	50	70	51	34
Guyana	36	45	35	25	22	74	37	19
Haití	53	52	59	35	42	75	50	28
Honduras	52	66	61	47	67	75	55	46
México	46	53	55	32	49	62	51	40
Nicaragua	40	54	51	24	49	77	41	29
Panamá	53	53	48	31	43	76	44	43
Perú	51	60	57	48	72	73	58	38
Promedio	49	58	55	37	52	74	51	38
Europa oriental								
Belarús	46	61	62	39	58	78	63	44
Kazajstán	42	45	49	25	41	77	52	17
Federación de Rusia	35	56	45	28	38	78	57	43
Ucrania	43	57	48	20	46	82	52	24
Promedio	41	55	51	28	46	79	56	32
Promedio total	53	62	59	37	52	78	56	35

Apéndice D. Puntuaciones de la disponibilidad de servicios en las capitales, por país y servicio, 2000

	Preservativos	ITS	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Información, educación y comunicación	Sangre	Programas de intercambio de agujas	Atención	Apoyo	Jóvenes	Transmisión materno-infantil
África oriental y austral										
Etiopía	76	54	27	64	94	4	23	21	50	10
Kenya	62	61	31	58	92	0	38	37	38	25
Madagascar	68	61	38	52	90	15	14	14	49	28
Malawi	77	75	59	78	99	40	33	38	59	24
Mozambique	51	46	23	47	53	18	22	31	50	31
Rwanda	60	56	40	63	88	23	23	28	49	24
Sudáfrica	37	32	28	25	92	23	17	18	41	10
Tanzania	64	55	39	67	83	4	35	30	46	31
Uganda	71	62	61	73	86	0	37	43	61	27
Zambia	66	51	36	60	94	0	17	49	57	30
Zimbabwe	75	75	40	73	97	12	33	35	50	37
Promedio	64	57	38	60	88	13	27	31	50	25
África occidental y central										
Benin	77	61	44	76	96	24	29	18	58	52
Burkina Faso	68	39	20	49	84	20	13	24	34	16
Congo, Rep. Dem.	49	34	16	62	41	8	19	22	33	20
Cote d'Ivoire	79	56	42	58	84	12	30	30	56	35
Ghana	82	59	23	69	94	0	33	21	54	19
Malí	77	69	46	64	98	16	57	49	49	37
Nigeria	64	47	21	51	53	7	27	29	41	18
Senegal	60	55	24	67	96	12	27	26	58	34
Promedio	70	53	29	62	81	12	29	27	49	29

	Preservativos	ITS	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Información, educación y comunicación	Sangre	Programas de intercambio de agujas	Atención	Apoyo	Jóvenes	Transmisión materno infantil
Asia										
China	73	73	47	42	79	8	34	23	43	30
Indonesia	45	26	19	47	81	4	22	26	29	19
Nepal	67	44	22	46	79	19	19	16	28	17
Filipinas	61	51	45	61	81	15	37	37	46	42
Viet nam	80	67	57	87	94	32	55	54	69	59
Promedio	65	52	38	57	83	16	33	31	43	33
América Latina										
Brasil	54	61	67	64	97	24	80	53	73	62
República Dominicana	74	63	38	66	89	0	36	31	50	29
El Salvador	45	50	30	37	88	7	35	29	32	33
Guatemala	57	45	28	39	76	10	34	28	32	28
Guyana	67	65	43	51	91	6	31	25	50	24
Haití	62	41	27	55	91	10	16	20	41	13
Honduras	55	45	50	56	82	11	33	31	45	28
Nicaragua	57	47	36	39	81	9	22	19	40	31
Panamá	76	77	51	45	97	8	53	44	45	49
Perú	64	56	45	44	84	1	34	26	40	46
Promedio	61	55	42	50	88	8	37	31	45	34
Europa oriental										
Belarús	79	77	77	68	98	44	73	53	68	70
Kazajstán	73	61	50	43	74	6	53	20	41	49
Federación de Rusia	81	83	61	59	98	8	39	25	59	59

	Preservativos	ITS	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Información, educación y comunicación	Sangre	Programas de intercambio de agujas	Atención	Apoyo	Jóvenes	Transmisión maternoinfantil
Ucrania	59	63	70	33	100	18	51	20	43	26
Promedio	73	71	64	51	92	19	54	30	53	51
Promedio total	67	58	42	56	86	14	36	30	48	34

Apéndice E. Puntuaciones de la disponibilidad del conjunto de servicios por país, 2000

	Capital	Otras zonas urbanas	Zonas rurales	Total
<i>África oriental y austral</i>				
Etiopía	47	22	15	17
Kenya	47	26	19	26
Madagascar	46	26	15	22
Malawi	33	18	13	16
Mozambique	39	23	15	19
Rwanda	48	27	17	18
Sudáfrica	33	18	13	16
Tanzanía	50	31	23	26
Uganda	58	34	20	24
Zambia	51	29	17	25
Zimbabwe	57	41	31	36
Promedio	46	27	18	22
<i>África occidental y central</i>				
Benin	57	30	24	30
Burkina Faso	40	22	12	15
Congo, Rep. Dem.	33	15	10	13
Cote d'Ivoire	52	25	15	26
Ghana	50	33	25	30
Malí	61	31	19	25
Nigeria	39	22	13	18
Senegal	50	24	15	24

	Capital	Otras zonas urbanas	Zonas rurales	Total
Promedio	46	27	18	22
<i>Asia</i>				
China	49	27	16	20
Indonesia	74	44	31	46
Nepal	38	17	11	13
Filipinas	51	27	20	26
Viet nam	69	36	24	28
Promedio	56	30	20	26
<i>América Latina</i>				
Brasil	68	44	33	44
República Dominicana	53	23	16	31
El Salvador	42	23	14	23
Guatemala	41	18	12	18
Guyana	49	23	15	22
Haití	41	19	13	20
Honduras	47	26	19	26
Nicaragua	41	22	13	24
Panamá	60	29	21	37
Perú	49	24	13	28
Promedio	49	25	17	27
<i>Europa oriental</i>				

	Capital	Otras zonas urbanas	Zonas rurales	Total
Belarús	74	44	31	46
Kazajstán	56	25	17	24
Federación de Rusia	63	39	18	35
Ucrania	52	28	13	25
Promedio	61	34	20	32
Promedio total	51	28	18	26