Estrategias para una respuesta amplia e integral (ECR)

a una epidemia nacional del VIH/SIDA

Un manual para diseñar e implementar programas relacionados con el VIH/SIDA

La movilización de recursos adecuados y de la capacidad organizativa para presentar en forma eficaz y rápida una respuesta amplia e integral a la epidemia del VIH/SIDA

Editores: Peter R. Lamptey, MD. DrPH,
Paul Zeitz, DO, MPH y Carol Larivee, MA

Family Health International
Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project
USAID

Estrategias para una respuesta amplia e integral (ECR)

a una epidemia nacional del VIH/SIDA

Un manual para diseñar e implementar programas relacionados con el VIH/SIDA

Editores: Peter R. Lamptey, MD, DrPH
Paul Zeitz, DO, MPH y Carol Larivee, MA

Consultora editorial: Donna Ruscavage, MSW

Family Health International

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

Este trabajo fue patrocinado en parte por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) como componente del Proyecto de Implementación de la Prevención y Atención del SIDA (IMPACT) de Family Health International (Convenio Cooperativo HRN–A–00–97–0017–00).

© 2001 Family Health International (FHI). Edición en español, 2003. Todos los derechos reservados. Este Manual puede ser revisado, citado, reproducido o traducido libremente, en su totalidad o parcialmente, siempre y cuando se otorgue el reconocimiento a la fuente. Este manual no puede ser vendido ni usado con propósitos comerciales.

El contenido no refleja necesariamente los puntos de vista de FHI o de la USAID. El hecho de mencionar compañías o productos específicos no implica la aprobación ni la sugerencia de que sean recomendados por FHI o por la USAID de manera preferente a otros de naturaleza similar que no se mencionan aquí.

Family Health International
Instituto para VIH/SIDA
2101 Wilson Boulevard, #700
Arlington, VA, 22201, EE.UU.
Teléfono: 1–703–516–9779
Fax: 1–703–516–9781
Internet: http: //www.fhi.org
ISBN 1–931547–03–3

Agradecimientos

Los editores desean agradecer la experta asistencia proporcionada por muchas personas y organizaciones que ayudaron a la creación de este *Manual de respuesta amplia e integral.*

En enero de 2001, Family Health International convocó a una reunión en Arlington, Virginia, con representantes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Administración de las Ciencias para la Salud, Merck, la Agencia de Coordinación Nacional de SIDA de Botsuana, Population Council/Horizons, ONUSIDA, USAID y World Visions. Así es como nació el concepto para este documento, una colección fácil de usar compuesta de módulos separados.

Después del trabajo intenso de autores, revisores y otras personas, FHI realizó pruebas de campo de los módulos en Kenia (abril de 2001) y Nigeria (julio de 2001) en colaboración con el Comité de Acción Nacional del SIDA (National Action Committee on AIDS — NACA) en Nigeria y el Programa Nacional de Control del SIDA (National AIDS Control Program — NACP) en Kenia. Las pruebas se realizaron a niveles nacional y estatal en Nigeria, y nacional y provincial en Kenia con representación de la agencia donante, organizaciones no gubernamentales y opiniones del sector público y privado. Las reuniones fueron muy concurridas y ayudaron a refinar y desarrollar aun más los módulos.

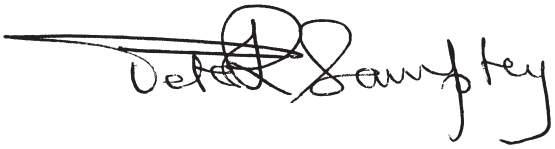
Extendemos nuestro agradecimiento a Horizons/Alliance por proporcionarnos, por adelantado, una copia de *A Question of Scale?: The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organizations' HIV/AIDS Efforts in Developing Countries* (fecha de publicación 2001), que se adaptó para el Módulo 4: La participación de las ONG en la ECR.

Especialmente deseamos agradecer a las siguientes personas por su trabajo en los módulos de la ECR.

Autores que contribuyeron: Rene Bonnel, PhD (Banco Mundial); Gail Goodridge, MS (FHI); Hilary Hughes, MPhil (consultora de FHI); Peter Lamptey, MD, DrPH (FHI); Stephen Mills, MPH (FHI); Sheila Mitchell, MBA (FHI); Arletty Pinel, MD (FHI); Kristen Ruckstuhl, MA (FHI); Helena Walkowiak, MSc (MSH); y Paul Zeitz, DO, MPH (consultor de FHI).

Revisores (de FHI): Gina Dallabetta, MD; Maggie Diebel, RN, MPH; John McWilliam, MSc, Sheila Mitchell, MBA; Olufemi Oke, MD, MPA; Kristen Ruckstuhl, MA; Gloria Sangiwa, MD; Eric van Praag, MD, MPH; y Tom Ventimiglia, MPH.

Coordinación del manual: Kristen Ruckstuhl, MA y Lembe Tayilo.



Peter R. Lamptey, MD, DrPH
Vicepresidente Ejecutivo y
Director General de Operaciones
Programas de Prevención y Control del VIH/SIDA

Siglas

ACU	AIDS Control Unit — Unidad de control del SIDA
API	Índice de Esfuerzo del Programa contra el SIDA
ARV	Antirretroviral
AT	Asistencia Técnica
BAAR	Bacilos ácido-alcohol resistentes
BCHP BCHP	Asociación Integral de Botsuana para el VIH/SIDA
BSS	Encuestas de vigilancia de comportamientos
CACC	Consejo de Electorado de Control del SIDA
CACS	Intervention pour changer les comportements
CDC	Enquête de surveillance du comportement
CACC	Comité régional de lutte contre le SIDA
CACS	Consejo de Electorado de Coordinación del SIDA
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CPN	Clínicas prenatales
DACC	Comités de Coordinación de Ayuda al SIDA
DHS	Encuesta demográfica de salud
DRI	Iniciativa de respuesta del distrito (District Response Iniciative)
DTF	Grupos distritales en misiones especiales
ECR	Respuesta amplia e integral
ELISA	Análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (Ensyme Linked Immuno Assay)
FAMS	Sistema de administración financiero y administrativo
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FHI	Family Health International
FMI	Fondo Monetario Internacional
GOK	Gobierno de Kenia
HORIZONTEC	Horizontal Technical Cooperation Group
LAPP	Principios y prácticas internacionales de contaduría
HNV	Huérfanos y otros niños vulnerables
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
ICC	Intervención para el cambio de comportamiento
IDA	Asociación de Desarrollo Internacional
IDP	Persona desplazada internamente
IEC	Información, educación y comunicación
IPAA	Asociación Internacional contra el SIDA en África
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPRSP	Documentos internos de estrategia de reducción de pobreza
ITS	Infección de transmisión sexual
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MPT-III	Third Medium Term Plan
MSF	Médicins Sans Frontires
MSM MTEF	Marco de gastos a mediano plazo
NACC	Consejo Nacional de Control del SIDA
NASTLP	Programa de Lepra
NDP	Política nacional de medicamentos
NHAC/S	National HIV/AIDS Council and Secretariat
NGO NIS	Nuevos Estados Independientes
OC	Organización Comunitaria
OI	Infecciones oportunistas (Oportunistic Infection)
OMC	Organización Mudial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PACC	Consejo Provincial de Control del SIDA
PAF	Fondo de Acción para la Pobreza - Uganda
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PAV	Pruebas y asesoramiento voluntarios
PEAP	Plan de acción para la eradicación de la pobreza
PLA	Aprendizaje participativo para la acción (
PMT	Equipo de monitoreo de la pobreza
PMTCT	Transmisión perinatal de madre a hijo
PNB	Producto Nacional Bruto PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPAE	Países Pobres Altamemente Endeudados
PRAF	Fondo de Acción para la Reducción de la Pobreza (Poverty Reduction Action Fund)
PRGF	Acuerdo de Facilidad para el Crecimiento y Reducción de la Pobreza
PRSP	Documento estratégico de reducción de la pobreza
PSI	Population Services International
PTG	Grupos destinatarios potenciales
PTCT	Trasmisión de padre a hijo
PVO	Organizaciones privadas voluntarias
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
RATN	Redes Regionales de Capacitación del SIDA
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Acquiered Immune Deficiency Syndrome)
SOP	Procedimientos Estándares de Operación
SPA	Evaluación de la provisión de servicios
STG	Directrices para estándares de tratamientos
SWAP	Programas de enfoque sectorial
TAR	Terapia Antirretroviral
TARAA	Terapia antirretroviral altamente activa
TASO	Organización de Apoyo al SIDA en Uganda
TB	Tuberculosis
TCCDO	Tratamiento de ciclo corto directamente observado
TCS	Trabajadores comerciales de sexo
TI	Transparency International
TMH	Transmisión de madre a hijo
TOT	Capacitador de capacitadores
TRIPS	Aspectos relacionados con el comercio de los derechos de propiedad intelectual
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UN	Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el rollo Internacional
USD	Dólar de los Estados Unidos Dollar)
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WB	Banco Mundial

Contenido

Introducción 1

Módulo 1: **Planificación estratégica** 9

Módulo 2: **Estrategias técnicas** 21

Módulo 3: **Funcionamiento de la ECR: Administración y manejo** 47

Módulo 4: **Participación de las ONG** 63

Módulo 5: **Desarrollo de la capacidad humana** 73

Módulo 6: **Cálculo del costo y uso de recursos** 81

Módulo 7: **Manejo del suministro de medicamentos y productos** 103

Módulo 8: **Medición del impacto** 121

Introducción

La necesidad de implementar una respuesta amplia e integral (ECR) a la pandemia del VIH/SIDA es urgente. Los líderes de las naciones y otros interesados directos reconocen ahora esta necesidad urgente y están pidiendo programas ampliados tanto para las comunidades como para las personas. La firma por parte de los gobiernos de la Declaración de Compromiso en la sesión de junio de 2001 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, da poder a los interesados directos en los ámbitos mundiales, nacionales y locales para responder a la pandemia con acción enérgica.

Muchos países han comenzado a aumentar proporcionalmente las intervenciones y programas a más personas; se ha hecho hincapié en programas para el gran número de huérfanos y niños vulnerables (HNV). La ECR lucha por asegurar la calidad, mejorar los sistemas de responsabilidad y aumentar el rango de intervenciones y programas que se proporcionan a poblaciones con las que todavía no trabajan.

Estrategias para una respuesta amplia e integral (ECR) a una epidemia nacional del VIH/SIDA: Un Manual para diseñar e implementar programas relacionados con el VIH/SIDA está diseñado para ayudar a los países a poner en práctica una ECR. El Manual se desarrolla sobre la base del pensamiento global y de consultas sobre maneras de producir un impacto en la epidemia, basándose en dos décadas de trabajo en VIH/SIDA en todo el mundo. *El Marco para el Liderazgo Mundial en la Lucha contra el VIH/SIDA* (ONUSIDA, noviembre de 2000), a través de una extensa consulta con un conjunto de interesados directos, proporciona un enfoque estratégico común para la reducción significativa de las tasas de infección entre los jóvenes de los países más afectados hasta el año 2005. El sector de la ONG, en trabajos como *Expanding and Strengthening Community Action, Displaced Children and Orphans Fund of USAID* (2000) ha examinado la ampliación y el fortalecimiento de la acción comunitaria para mitigar el impacto del VIH/SIDA en los niños y sus familias. Un documento de ONUSIDA, "Mejores prácticas", *Expanding the Global Response to HIV/AIDS Through Focused Action*, ayudó a la comunidad mundial a entender los vínculos programáticos entre el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto. Este Manual complementa ése y otros documentos para proporcionar herramientas prácticas para la implementación de la ECR. Contribuyeron al Manual expertos en la prevención del VIH/SIDA, en la atención y el apoyo, en la planificación estratégica, en los problemas operativos, en el desarrollo de la capacidad, asignación de recursos, y en el monitoreo y la evaluación. El Manual ofrece estrategias específicas, tanto operativas como técnicas, para desarrollar una ECR, y puede ser adaptado para satisfacer las necesidades de varias poblaciones en diferentes niveles de la epidemia.

El Manual es un documento activo que cambiará en la medida en que la epidemia evolucione y en que aprendamos más de nuestras respuestas a ella.

El Manual está dividido en ocho módulos, cada uno de ellos con información esencial para implementar la ECR. El texto formula preguntas clave que se deben tratar localmente, muestra casos de estudios informativos y dirige a los usuarios a listas de lectura para hallar información más exhaustiva.

El Manual se basa en la premisa de que recursos suficientes — tanto locales como internacionales — pueden movilizarse eficazmente para permitir la rápida prestación de una ECR a la pandemia mundial del VIH/SIDA. Es técnica y operativamente posible ampliar la prestación de intervenciones del VIH/SIDA dentro de países, y este manual define estrategias para hacerlo. Retos clave para desarrollar una ECR incluyen la mejora de la capacidad de absorción, el establecimiento de la infraestructura, el incremento de la capacidad técnica y operativa, y el diseño de sistemas de responsabilidad para asegurar que se usen los recursos de manera eficaz. El Manual describe estrategias para tratar con cada uno de estos retos, que requieren una inversión significativa por parte de los países y de la comunidad internacional.

Sólo se ganará la batalla mundial en contra del VIH/SIDA mediante una amplia y completa prestación de intervenciones comprobadas. Esta batalla requiere el apoyo total e inversión por parte de las naciones y de la comunidad internacional para establecer y refinar los sistemas y la infraestructura necesarios.

Antecedentes

La pandemia mundial de la infección por el VIH/SIDA es la peor crisis de enfermedades infecciosas que enfrenta el mundo desde la peste bubónica, una plaga que eliminó a la mitad de la población de Europa durante los cinco años después de su llegada, en 1347. Hasta la fecha, 22 millones de personas han muerto de SIDA en todo el mundo; otros 36 millones viven hoy en día con el VIH/SIDA.

La situación de África es especialmente alarmante. En 1998, aproximadamente 200.000 africanos murieron en guerras, mientras que 2,2 millones de africanos murieron de SIDA. En el año 2000, aproximadamente 5,3 millones de adultos y de niños se infectaron por el VIH. Se calcula que en África, todos los días hay 5.000 muertes de SIDA y 11.000 nuevas infecciones por el VIH.

La pérdida masiva de vida humana continuará cambiando la estructura social, económica y política de los países africanos de maneras que todavía no se han podido imaginar. Esta pérdida cambiará para siempre las relaciones a niveles políticos, comunitarios y familiares. Una medida del cambio social masivo que está por venir es el número creciente de huérfanos, niños afectados por el VIH/SIDA y otros niños que se han convertido en vulnerables debido a la pandemia. En el año 2010, del 20 al 30 por ciento de todos los niños menores de quince años de edad quedarán huérfanos en 11 países del África al sur del Sahara, aun si todas las nuevas infecciones se previenen y se proporciona alguna forma de tratamiento para retrasar el comienzo del SIDA en aquellas personas que viven con el VIH.

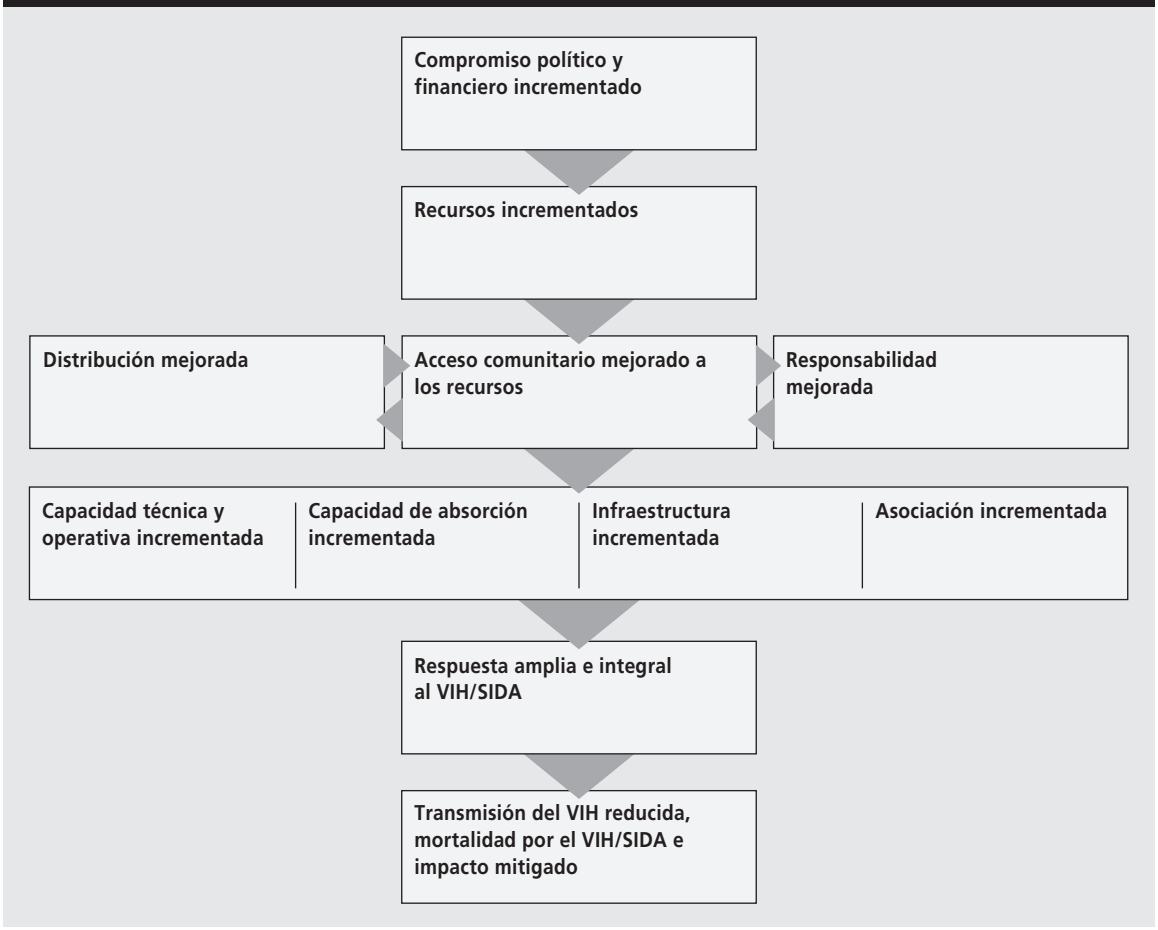
El VIH/SIDA se está incrementando dramáticamente en las regiones de Asia y el Pacífico. India es el país líder en Asia con respecto a números absolutos de personas que viven con el VIH/SIDA, que se estima entre tres y cinco millones. China, aunque no está tan afectada por el VIH/SIDA como los países más al sur, tiene un problema creciente, con tasas de seroprevalencia (ahora calculadas de 0.1 a 0.4 millones) que aumenta rápidamente. El número de personas con VIH/SIDA en esta región podría crecer más que el total de África al sur del Sahara en números absolutos antes del año 2010.

El VIH también está propagándose rápidamente en América Latina. Su predominio es alto en Brasil y en los países del Caribe, con la excepción de Cuba. Las infraestructuras en deterioro de la atención de salud están causando un aumento notable del VIH en Rusia, los Nuevos Estados Independientes (NIS) y, en menor grado, en Europa oriental (como resultado de las dificultades económicas). Luego de un comienzo lento y tardío, el VIH se está propagando rápidamente en toda la parte europea de los NIS más allá de la cohorte inicial de usuarios de drogas inyectables. Se calcula que 270.000 personas fueron, en 1998, VIH positivas representando un incremento de más de cinco veces desde 1997. A pesar de que Ucrania ha sido afectada fuertemente, Rusia, Belarús y Moldavia han registrado aumentos mayores. Los funcionarios del Ministerio de Salud de Rusia predicen que la población VIH-positiva en solamente Rusia, podría alcanzar los dos millones para el año 2002.

En reconocimiento la magnitud de esta crisis mundial, los líderes de sociedades civiles, gobiernos y agencias multinacionales declararon el VIH/SIDA como el problema crítico mayor de seguridad y desarrollo que enfrenta el mundo hoy en día. El desarrollo, financiamiento e implementación de programas para desacelerar la propagación del VIH y reducir el impacto del VIH/SIDA están actualmente entre las prioridades más altas para las sociedades civiles.

Un reto clave para el éxito sigue siendo los recursos suficientes. Mientras que un número creciente de intervenciones eficaces clínicas y de comportamiento están proporcionándose para reducir la transmisión del VIH y mejorar la atención y el apoyo para aquellos que viven con el VIH, los recursos disponibles de los países para implementar eficazmente estas intervenciones son insuficientes. Los expertos calculan que se requieren US$9 mil millones anuales para proporcionar un paquete mínimo de prevención, atención, tratamiento, fortalecimiento de la infraestructura y desarrollo de la capacidad.

Tabla 1: Marco conceptual de la ECR



Definición de una respuesta amplia e integral al VIH/SIDA

Durante las décadas de 1980 y 1990 identificamos algunas respuestas apropiadas, pero ni la tasa de transmisión ni el impacto de la pandemia se han reducido suficientemente. La experiencia ha proporcionado lecciones y herramientas que pueden ayudar a desarrollar e implementar la ECR.

En todo el mundo se ha prestado nueva atención al aumento de las actividades de prevención del VIH. Es importante observar la diferencia entre el aumento y la ECR. El *aumento* se refiere al incremento de la cobertura geográfica y al número de personas que trabajan en el programa. La ECR trata esto, pero también se dedica al aumento de la cobertura a diferentes tipos de población y la mejora de la calidad y del alcance de los servicios ofrecidos y los sistemas de responsabilidad. La meta final es asegurar que una amplia gama de intervenciones y programas se presenten para reducir la transmisión y el impacto del VIH en la población.

Hay cuatro resultados clave esperados de la ECR:

- Reducción de la transmisión del VIH
- Reducción de la morbilidad y mortalidad del SIDA
- Mejora de la calidad de vida de personas que viven con el VIH/SIDA
- Disminución del impacto de la epidemia en localidades y poblaciones afectadas

Definición de la ECR

ECR — La movilización de recursos adecuados y de la capacidad organizativa para presentar en forma eficaz y rápida una **respuesta amplia e integral** a la epidemia del VIH/SIDA.

Se deben revisar muchos factores cuando los países consideren estrategias y opciones para implementar la ECR. Éstos incluyen:

- Recursos financieros
- Infraestructura
- Capacidad de absorción
- Capacidad técnica y operativa
- Sistemas de administración financiera
- Responsabilidad financiera
- Continua interrupción de infraestructuras de salud, sociales y económicas

Dado que a menudo estos elementos están subdesarrollados, el reto es diseñar estrategias para abordarlos. Los resultados exitosos de la ECR pueden ser afectados por:

- Movilización de recursos
- Movilización de la sociedad civil, el apoyo y compromiso políticos
- Fuerza y tipo de liderazgo de sectores y organizaciones clave
- Capacidad técnica y organizativa tanto en los sectores públicos como privados
- Nivel de compromiso a la expansión intersectorial y multisectorial
- Sistemas de manejo de los recursos
- Descentralización de la planificación, el financiamiento y la implementación de programas
- Sistemas de monitoreo y evaluación

La Tabla 1 resume el marco conceptual de la ECR usando la información anterior.

El Manual de la ECR

Propósito

El Manual busca proporcionar herramientas, estrategias e ideas prácticas para diseñar e implementar programas amplios e integrales relativos al VIH/SIDA. Al basarse en las lecciones aprendidas de los programas existentes, tiene como objetivo ayudar a los usuarios a diseñar programas más completos, identificar puntos fuertes y áreas que necesitan mejoramiento y determinar oportunidades de ampliación.

Audiencias destinatarias

El Manual está diseñado para los interesados directos clave y administradores de programas que trabajan para desarrollar y llevar a cabo una ECR. Las audiencias destinatarias incluyen:

- Administradores de programas relativos al VIH/SIDA a niveles de país, regionales y distritales
- Socios multisectoriales
- Personal técnico y de programas de organizaciones privadas voluntarias (PVO), organizaciones no gubernamentales (NGO) y organizaciones comunitarias (OC)
- Ejecutores de programas relativos al VIH/SIDA del sector privado
- Agencias donantes y socios internacionales

Contenido

Para combatir de manera eficaz la epidemia del VIH, deben identificarse a los nuevos socios e interesados directos y deben ponerse al día en cuanto a los conocimientos actuales sobre el VIH/SIDA. Los ocho módulos están diseñados para ayudar a los interesados directos a responder las preguntas necesarias para tomar decisiones informadas. Los módulos se diseñaron como resúmenes de la visión en conjunto para un aprendizaje rápido, y no como documentos de referencia.

La ECR consta de ocho elementos importantes donde se debe llevar a cabo el trabajo. Cada elemento se analiza detenidamente en uno de los ocho módulos del Manual (resumidos a continuación). Los lectores hallarán en cada módulo:

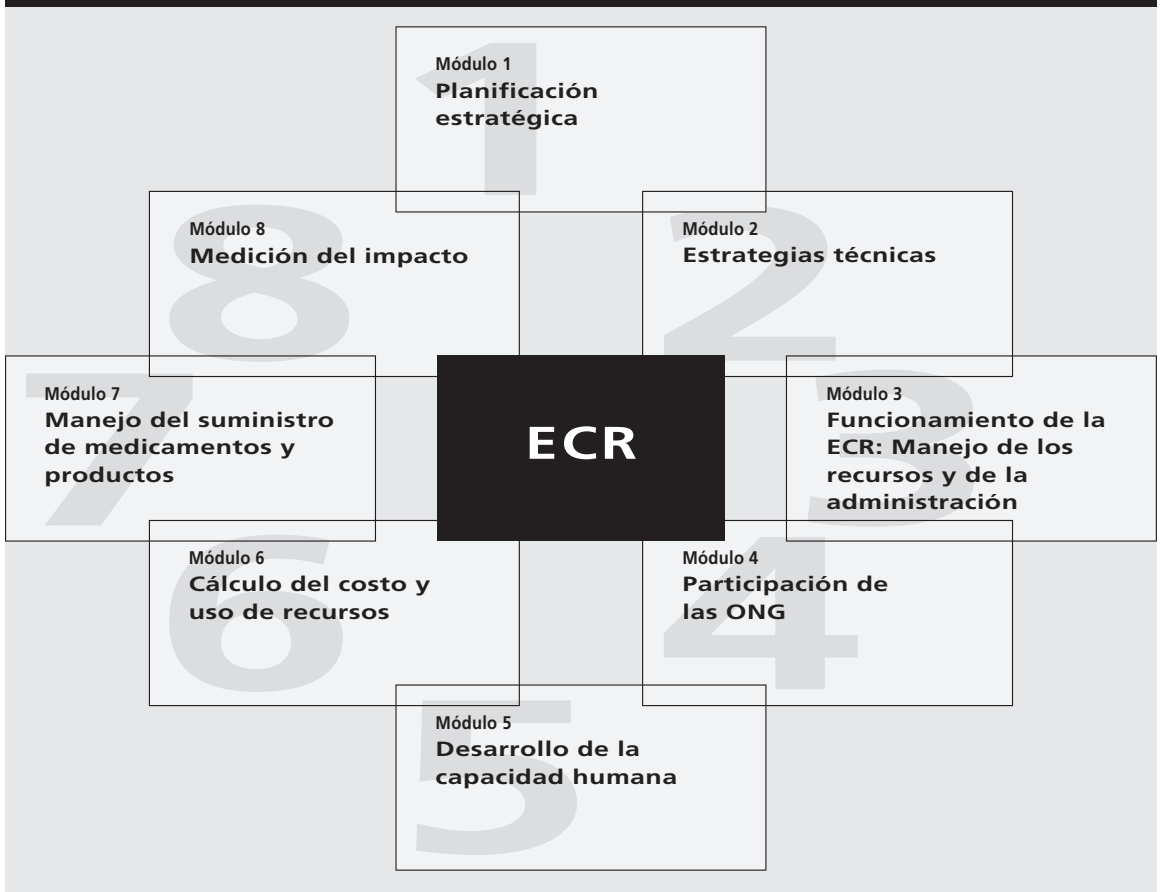
- Una visión en conjunto del contenido del módulo
- Información técnica de conceptos y principios importantes
- Preguntas clave de implementación para planificadores y administradores de programas
- Experiencia de campo a través de estudios de caso propios de cada país, cuando éstos estén disponibles
- Lectura adicional

La Tabla 2 ilustra los elementos clave de la ECR.

Planificación estratégica (Módulo 1)

Para que un programa multisectorial tenga éxito, debe llevarse a cabo una estrategia de planificación participativa en todos los niveles y sectores administrativos (tanto públicos como privados). El desarrollo de una respuesta amplia y de planes sectoriales estratégicos requiere de una evaluación, un análisis de la situación y una respuesta actual, y de una planificación del programa. Esta planificación debe complementar los planes nacionales

Tabla 2: Elementos de una respuesta amplia e integral



estratégicos de los países y ayudarlos a ser más operativos, sin reemplazarlos.

Estrategias técnicas (Módulo 2)
El Módulo 2 se centra en cuáles son las intervenciones que funcionan, y proporciona una guía de cómo ampliarlas de manera eficaz y eficiente. Esto incluye abordar maneras de incrementar el acceso y la cobertura de programas, tratando elementos de intervención sinérgica y dando prioridad a intervenciones basadas en la fase de la epidemia, nivel de recursos, infraestructura y programas actuales. El monitoreo y la evaluación de estas áreas técnicas son críticos y se tratan en el Módulo 8.

Implementar la ECR: Manejo de los recursos y de la administración (Módulo 3)
El Módulo 3 trata de los mecanismos y las estructuras para planificar y presentar intervenciones y asegurar el flujo uniforme de fondos a los programas. Esto requiere la observación de sistemas de manejo de programas en todos los niveles y el desarrollo de sistemas de información sólidos. También se examinan medidas para asegurar la responsabilidad financiera y para desarrollar sistemas estándares de notificación a los donantes.

Participación de las ONG (Módulo 4)
Las ONG y las organizaciones comunitarias han tenido una función líder en el diseño y la presentación de programas relativos al VIH/SIDA. En la ECR, las ONG deben esforzarse por contestar preguntas difíciles sobre la réplica de programas; la mejora de programas existentes; la integración de nuevas intervenciones a programas que han tenido éxito; y el mantenimiento de la calidad. El Módulo 4 proporciona una visión de conjunto de temas clave para las ONG y cómo estos temas se relacionan con la perspectiva de los interesados directos en los métodos de diseño e implementación de la ECR.

Desarrollo de la capacidad humana (Módulo 5)
El Módulo 5 examina las evaluaciones de las necesidades para desarrollar la capacidad humana para la ECR (quién necesita capacitación y cómo), programas de aprendizaje y desarrollo de la capacidad. También aborda temas que se relacionan con la innovación en el desarrollo de la capacidad, la colaboración de Sur a Sur y el aprendizaje a distancia.

Cálculo de costos y uso de los recursos (Módulo 6)
El Módulo 6 describe métodos para proyectar los costos de la ECR, que incluyen gastos directos y costos económicos más amplios. El módulo, que ayudará a sus usuarios a desarrollar un criterio para la asignación de recursos, da una idea de los costos de la ampliación de la cobertura y de los tipos de programas e intervenciones referentes al VIH/SIDA. También explora otros temas de asignación de recursos, incluyendo las prioridades para determinar la asignación de recursos y asegurar así los mejores resultados.

Manejo del suministro de medicamentos y productos (Módulo 7)
Al desarrollar un sistema para el manejo del suministro de medicamentos y productos básicos, se deben responder muchas preguntas críticas. El Módulo 7 explora sistemas de apoyo administrativo, selección, adquisición, distribución y uso. También se tratan temas legales y de política. La creación de un sistema confiable para el manejo del suministro de medicamentos antirretrovirales asequibles será crítica. Problemas de la administración del sector público comparados con los del sector privado se debatirán intensamente en la mayoría de situaciones dentro de los países; este módulo proporciona guías útiles para este debate.

Medición del impacto (Módulo 8)
El Módulo 8 aborda el reto crítico de la medición del impacto y el monitoreo de calidad. Se abordan las retos especiales para la evaluación y el monitoreo, incluyendo los recursos limitados y las actividades de evaluación solicitadas por los donantes. Se trata también sobre la importancia de recopilar datos nacionales sólidos para asegurar que la ECR produzca un impacto, como también el monitoreo de la capacidad de organización y el rendimiento.

Lectura adicional

Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action: Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways. ONUSIDA Colección Best Practices. 1998.

Framework for Global Leadership on HIV/AIDS, ONUSIDA/Junta Coordinadora de Programas (10) (00.3). 2 de noviembre de 2000.

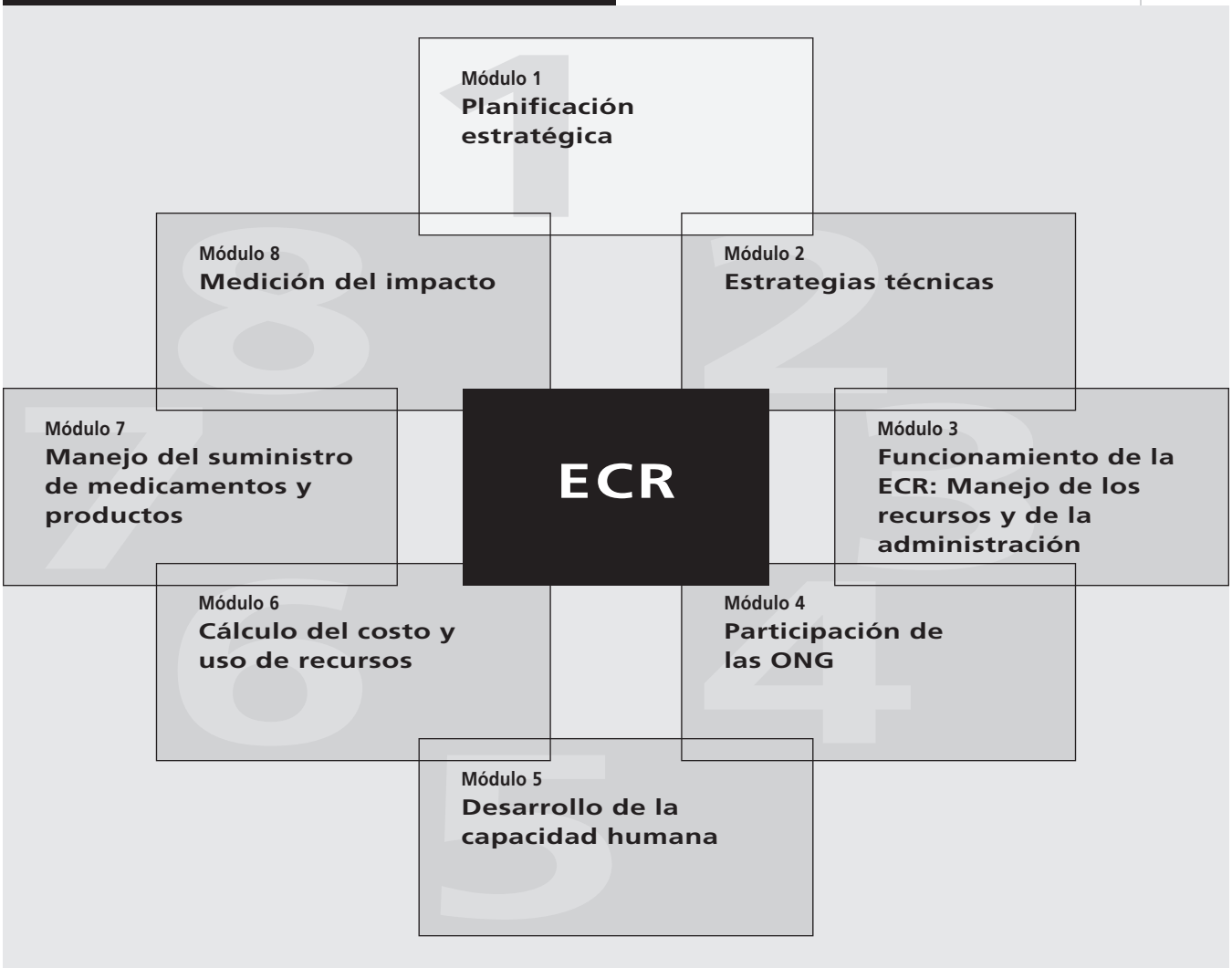
Pirí S, Foster G, Nzima M. Expanding and strengthening community action: A study to explore ways to scale up effective, sustainable community mobilization interventions to mitigate the impact of HIV/AIDS on children and families. Washington: Displaced Children and Orphans Fund of USAID, 2001.

Together we can: Leadership in a world of AIDS. ONUSIDA. Junio de 2001.

Módulo 1

Planificación estratégica

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Cómo asignar prioridades? ¿Qué, dónde, cómo y con quién ampliar?
- ¿Cómo garantizar plena participación de los interesados directos?

Muchos países ya tienen planes nacionales estratégicos completos para el VIH/SIDA. El propósito del Módulo 1 no es reemplazar estos planes nacionales estratégicos, sino desarrollarlos estableciendo un proceso continuo de planificación estratégica que movilice a socios adicionales para apoyar la implementación de la ECR.

Módulo 1, Planificación estratégica:

- Identifica los principios centrales de la planificación estratégica de la ECR.
- Trata sobre la ampliación de las asociaciones, garantizando la participación e incluyendo a las comunidades en la planificación.
- Esboza las funciones de los interesados directos en la planificación.
- Describe los pasos requeridos en la planificación estratégica, incluido el establecimiento de prioridades.
- Enumera preguntas clave de implementación que pueden plantear los interesados directos cuando realicen la planificación estratégica de la ECR.
- Proporciona un estudio de casos para la planificación estratégica de la ECR.
- Proporciona referencias y recursos para la lectura adicional.

Principios centrales para la planificación estratégica de la ECR

Los cinco principios centrales para guiar la planificación estratégica de la ECR son:

- **Respeto por los derechos humanos** para asegurar que el programa propuesto no estigmatice, debilite o de cualquier otra forma afecte negativamente la dignidad de precisamente las personas que el programa sirve, incluyendo a las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS).
- **Toma de decisiones basadas en pruebas** que permita a los planificadores y a los ejecutores de programas aprender de los éxitos y de las áreas que necesitan mejoras.
- **Responsabilidad** por las decisiones del programa y las asignaciones de los fondos.
- **Franqueza** para declarar claramente los objetivos y los resultados esperados y mantener informado al público de manera regular.
- El cambio de un **proceso** dirigido por expertos a uno **ampliamente participativo**.

Ampliación de las asociaciones para la planificación estratégica

El desarrollo de una ECR eficaz requiere de la participación de un rango amplio de sectores públicos y privados en el proceso de planificación estratégica. En muchos países, probablemente las asociaciones se amplíen y se desarrollen nuevas asociaciones para asegurar la aportación apropiada en la planificación estratégica de la ECR. Áreas de sectores clave para la inclusión incluyen la salud, la educación y la agricultura. Es importante comprometer completamente a éstos y a otros sectores clave en la planificación para asegurar la presentación eficaz de programas e intervenciones. Tres sectores son críticos para la planificación estratégica con éxito de la ECR:

- **Sector de las ONG**. Identificar socios que puedan implementar programas, recibir recursos y ser responsables. Los planificadores pueden tener que ayudar a las organizaciones no gubernamentales (ONG) a fortalecer su capacidad; se pueden necesitar establecer o fortalecer mecanismos de responsabilidad civil; y deben incluirse a las personas que viven con el VIH/SIDA en todos los aspectos de la planificación estratégica y su implementación.
- **Sector privado.** Pueden establecerse o fortalecerse coaliciones empresariales contra el VIH/SIDA.
- **Sector público.** Los programas relacionados con el VIH/SIDA pueden incorporarse a los sectores públicos junto con el desarrollo de infraestructuras.

La tabla de la página 11 describe los tipos de socios que deben ser los objetivos para participar en la planificación de cada uno de estos sectores clave.

Socios claves para la planificación estratégica de la ECR	
Sector	**Socios**
Sector de las ONG	■ Personas que viven con el VIH/SIDA ■ Líderes políticos, religiosos y tradicionales ■ Curanderos ■ Uniones y sus miembros ■ Asociaciones profesionales ■ Organizaciones de redes de contactos (Apex) de las ONG ■ Organizaciones y redes de contactos de carácter religioso
Sector privado	■ Coaliciones organizadas del sector privado para el VIH/SIDA ■ Programas relativos al VIH/SIDA en el lugar de trabajo
Sector público	■ Ministerio de Finanzas ■ Sector Salud ■ Sector Educación ■ Sector Agricultura ■ Sector Minería ■ Sector de Desarrollo de la Comunidad ■ Sector de Servicios Sociales ■ Sector de la Juventud y los Deportes ■ Servicios Uniformados ■ ector de Información y Comunicaciones ■ Sector Vivienda ■ Sector Justicia y Derechos Humanos

Asegurar la participación en la planificación estratégica de la ECR

La importancia de garantizar la participación amplia en la planificación e implementación del programa relativo al VIH/SIDA es una de las lecciones más importantes aprendidas en el mundo durante las dos décadas de lucha contra la pandemia. El equipo central responsable del desarrollo del plan estratégico puede procurar incluir tantos interesados directos clave como sea posible. La representación integral de todos los sectores de la sociedad incluye:

- Personas que viven con el VIH/SIDA
- Líderes políticos
- Líderes religiosos
- Líderes/gobernantes tradicionales /culturales
- Grupos destinatarios de la población
- Guardianes de grupos destinatarios de la población
- Otros miembros influyentes de la comunidad como músicos, atletas, portavoces, líderes empresariales y representantes de los medios de comunicación
- Ejecutores actuales y futuros de programas
- Consejeros técnicos

Es importante crear representación comunitaria balanceada, con la que se pueda trabajar, para promover diferentes aspectos de la planificación estratégica realizada por un equipo central. El equipo central debe garantizar especialmente la participación de:

- Las personas que viven con el VIH/SIDA y otras personas cuyas voces no podrían de otra manera escucharse, como las subpoblaciones estigmatizadas de mujeres jóvenes, trabajadoras comerciales de sexo (TCS), refugiados y personas desplazadas internamente (IDP).
- Aquellos que probablemente tengan opiniones divergentes y aquellos que probablemente apoyen programas relativos al VIH/SIDA. El incluir ambas voces fomentará un mayor entendimiento de todas las posiciones y facilitará la apreciación más amplia de todas las complejidades de la epidemia.

- Sectores diversos dentro del gobierno, las ONG e instituciones con fines de lucro.
- inclusión de las comunidades en la planificación estratégica de la ECR

Existen oportunidades para incluir a las comunidades en el proceso de planificación estratégica:

- en la etapa inicial previa a la planificación para definir el proceso de planificación estratégica.
- mediante la implementación del proceso de planificación.
- para lanzar y proporcionar apoyo continuo al plan.

La tabla que se presenta a continuación ilustra las funciones que pueden tener las comunidades en el proceso de la planificación estratégica de la ECR.

La función de los líderes a escala nacional y local/sectorial en la planificación estratégica de la ECR

Como un componente de la programación del VIH/SIDA, la planificación estratégica ha sido objeto de cambios importantes a través del tiempo. En los primeros años de la epidemia, la planificación estratégica se realizó en su mayor parte verticalmente, lo cual se comprobó, durante el curso de la epidemia, que no funciona. La participación de la comunidad es clave para la planificación exitosa, y el proceso de planificación estratégica ha comenzado a incluir a la comunidad en todos los aspectos de la planificación, implementación y evaluación. Esta participación ha fortalecido bastante el proceso, al garantizar la participación y la contribución en todos los niveles.

Funciones para la participación de la comunidad en la planificación estratégica de la ECR

Definición del proceso de planificación	■ Identificar a los interesados directos clave, incluyendo a las personas que viven con el VIH/SIDA ■ Navegar los obstáculos políticos de la planificación del programa relativo al VIH/SIDA ■ Participar en el apoyo de la comunidad para la aceptación del proceso de planificación ■ Contribuir a diseñar el proceso de planificación
Implementación del proceso de planificación	■ Movilizar recursos ■ Transferir los recursos a los ejecutores ■ Abordar a los interesados directos especiales ■ Recopilar información y datos ■ Contribuir con experiencia e información ■ Analizar información ■ Comprobar información ■ Identificar estrategias culturalmente aceptables ■ Establecer prioridades ■ Identificar socios potenciales ■ Mantener al público informado sobre el proceso de planificación ■ Ser responsable de recursos y resultados
Lanzamiento y apoyo del plan	■ Apoyar la aceptación del plan por parte de una comunidad más extensa ■ Identificar, buscar y proporcionar recursos ■ Asociación activa en la implementación ■ Supervisar la implementación del plan ■ Realizar una revisión formal del plan y hacer los cambios necesarios

El proceso de planificación tiene un enfoque algo diferente en el nivel nacional comparado con el local/sectorial (regional, provincial, distrital, municipal). En el nivel nacional, el proceso de planificación establece metas y objetivos amplios; expresa claramente las funciones de los programas a escala nacional (como las políticas y los sistemas de apoyo a escala nacional); demuestra liderazgo al definir como una prioridad nacional el VIH/SIDA; facilita la coordinación multisectorial; y moviliza recursos domésticos y externos. En el nivel local/sectorial, la planificación se convierte en una función de evaluación de la situación local y del ambiente.

En la tabla de la página 12, se describen las funciones de los administradores en los ámbitos nacional y comunitario para apoyar a la estrategia de planificación de la ECR.

Pasos en la planificación stratégica de la ECR

La planificación estratégica de la ECR usa un enfoque de cuatro pasos. Estos pasos básicos, diseñados para guiar tanto los niveles nacional como local/sectorial en sus procesos de planificación, se describen a continuación.

Pasos básicos para la planificación estratégica de la ECR

Paso 1: Evaluación de la situación
Paso 2: Evaluación de la respuesta
Paso 3: Desarrollo estratégico del plan
Paso 4: Movilización de recursos

Acción ➡ Recursos ➡ Resultados

Planificación estratégica de la ECR
Paso 1: Evaluación de la situación

El propósito de la evaluación de la situación es recopilar información sobre el VIH/SIDA en la población o poblaciones bajo consideración. Esta información incluye:

- Datos epidemiológicos, incluido el VIH, el predominio de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los grupos destinatarios más vulnerables.
- Comportamientos de riesgo importantes que están fomentando la epidemia.
- Factores socioeconómicos, políticos, culturales, legales y de salud que contribuyen a la vulnerabilidad de la infección por el VIH. Por ejemplo, el acceso a los servicios de salud, asuntos de género, migración, derechos de propiedad, oportunidades educacionales y asuntos del lugar de trabajo y empleo.
- Impacto presente y de proyección futura del VIH en la comunidad.

La evaluación de la situación producirá un mapa de quiénes corren riesgo, cómo corren riesgo, el tamaño de la población o poblaciones, y cómo y dónde interactúan en maneras que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el VIH. La evaluación de la situación es importante para la planificación de la ECR en tres áreas:

- Calcular el tamaño de grupos destinatarios de la población para presentar una imagen realista de la necesidad total.
- Asignar el nivel de prioridad de las necesidades.
- Explorar en más detalle las interacciones entre grupos destinatarios de la población y sus contactos para entender mejor las dinámicas de cómo está creciendo la epidemia.

Planificación estratégica de la ECR
Paso 2: Evaluación de la respuesta

La evaluación de la respuesta se usa para:

- Hacer un inventario (o lista) de los esfuerzos actuales para abordar la epidemia.
- Evaluar estos esfuerzos para saber su idoneidad, aceptabilidad e importancia.
- Identificar brechas críticas en los programas y en otros esfuerzos.

La evaluación de la respuesta proporciona a los planificadores la oportunidad de escuchar directamente de los trabajadores de primera línea y de los clientes que atienden. El equipo de planificación debe mantener una perspectiva positiva durante este proceso para que los ejecutores del programa y los clientes se sientan cómodos proporcionando opiniones honestas sobre éxitos y limitaciones. La recopilación de información sobre lo que funciona, lo que se necesita mejorar y dónde existen brechas es crítica para el proceso de planificación estratégica.

La evaluación de la respuesta identifica:

- **Niveles de cobertura actuales del programa y brechas.** Usando técnicas de implementación, la evaluación de la respuesta proporciona una línea de referencia de la información sobre los esfuerzos del programa actual. Cuando se estudia junto con la evaluación de la situación, la evaluación de la respuesta puede también proporcionar ideas de las áreas de prioridad que no se han tenido en cuenta, e identificar áreas potenciales de organización para incrementar la cobertura actual.
- **Modelos útiles.** La evaluación de la respuesta puede identificar modelos exitosos de programas, junto con los elementos esenciales que se pueden usar para replicar y/o adaptar programas a otras situaciones.
- **Fuentes técnicas.** La evaluación de la respuesta también identificar agencias potenciales de implementación y conocimientos técnicos que se pueden suministrar rápidamente. Estos conocimientos también representan valiosa información institucional específica al país. El compartir información sobre los éxitos y los fracasos resultará en un uso más eficiente del tiempo y ayudará a minimizar el uso de estrategias inapropiadas culturalmente.
- **Brechas en las asociaciones.** Las tendencias y las brechas en las asociaciones se identifican con la evaluación de las respuestas y con los socios actuales. Los planificadores pueden observar si los programas actuales incluyen sectores múltiples (por ejemplo, organizaciones de carácter religioso, grupos de mujeres, sectores privados, escuelas) en comparación principalmente con el Ministerio de Salud y las ONG que trabajan con programas relativos al VIH/SIDA. Para los planificadores, la evaluación de si las personas que viven con el VIH/SIDA han sido o no incluidas de manera suficiente es crítica.
- **Capacidad de respuesta.** La evaluación de la respuesta proporciona información sobre la capacidad de responder en términos de infraestructura, aptitudes y sistemas disponibles, e identifica áreas que necesitan desarrollarse para movilizar completamente a la ECR.

Para facilitar la evaluación de la respuesta en el nivel local/sectorial, el equipo de planificación debe explorar el impacto del VIH/SIDA en:

- La calidad y cantidad de servicios proporcionados dentro del sector
- La capacidad de suministrar los servicios requeridos
- La organización del sector
- La función que desempeñan los proveedores de servicios
- La política de recursos humanos y prácticas de administración
- La planificación y el manejo de recursos del sector
- La disponibilidad de recursos públicos y privados para el sector
- El apoyo de los donantes al sector

Planificación de la ECR Paso 3: Desarrollo estratégico del plan

Los resultados de la evaluación de la situación y de las respuestas proporcionarán a los planificadores con la mayor parte de la información que se necesita para preparar un plan estratégico apropiado de ECR. Esta información se debe analizar cuidadosamente para determinar las prioridades (ver "Determinantes para elegir las prioridades de la ECR" que se presentan a continuación).

Los planes estratégicos de la ECR pueden incluir:

- Areas de prioridad
- Objetivos claros para cada área de prioridad
- Estrategias de acción importantes para enfocar los objetivos de cada área de prioridad
- Metas de logros generales, incluidos indicadores agregados (o puntos de referencia) y cómo se medirán
- Definiciones de los socios de planificación y sus funciones
- Definiciones de las funciones y de la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA
- Cálculos de los costos del programa y de las fuentes de financiamiento

Paso 3: Desarrollo estratégico del plan — Determinantes para elegir las prioridades de la ECR

Mientras que los planificadores consideran los temas complejos y las opciones para implementar la ECR en sus lugares y establecer plazos realistas, se pueden usar los siguientes determinantes para seleccionar las prioridades de la ECR:

Condición de la epidemia del VIH		
Condición de la epidemia del VIH	**Definición**	**Prioridades geográficas**
Bajo nivel	■ La infección por el VIH está confinada a personas con comportamientos de alto riesgo y no está dispersada en las subpoblaciones	■ Zonas de alta transmisión del VIH
Concentrado	■ La infección por el VIH se propaga rápidamente en subpoblaciones definidas	■ Distritos de alta transmisión del VIH
Generalizado	■ La infección por el VIH está establecida firmemente en la población general	■ Áreas urbanas ■ Áreas peri-urbanas ■ Áreas rurales

Fuente: ONUSIDA/OMS. Guidelines for Second Generation Surveillance. Mayo 2000

- Condición de la epidemia
- Metas de comportamiento
- Enfoque geográfico
- Nivel de recursos
- Capacidad de liderazgo para la implementación
- Preparación de la comunidad
- Les définitions des rôles et de la participation des PVS
- Les estimations du coût du programme et les sources de financement

El estado actual de la epidemia en un país, región o lugar a menudo determina la disponibilidad de recursos y el plazo para ampliar las intervenciones y los programas. La tabla anterior examina tres diferentes estados de la epidemia del VIH.

Determinar la preparación o lo que el ONUSIDA define como competencia del SIDA, es especialmente importante en el proceso de establecer prioridades de la ECR. Los factores por examinar cuando se determine la preparación de la comunidad incluyen:

- Conocimiento correcto de la situación del VIH/SIDA en la comunidad
- Percepción del impacto actual y potencial del VIH/SIDA en la comunidad
- Actitudes hacia las personas que viven con el VIH/SIDA
- Franqueza para hablar sobre el VIH/SIDA con la juventud
- Actitudes hacia los programas relativos al VIH/SIDA en la comunidad
- Dar prioridad al VIH/SIDA, en comparación con otras necesidades de la comunidad
- Familiaridad inmediata con el VIH/SIDA; por ejemplo, tener un miembro de la familia o amigo que sea VIH positivo

Paso 3: Desarrollo estratégico del plan en resumen — De acciones a recursos a resultados

Desarrollar planes estratégicos realistas y eficaces requiere el establecimiento de prioridades que tienen en cuenta la fase en la que está la epidemia, el nivel y la idoneidad de la respuesta actual, la capacidad de absorción de los sistemas y la infraestructura para responder aún más, y especialmente el nivel de respuesta que ayudará a desacelerar la propagación de la epidemia. Los planificadores de programas pueden incluir en el proceso estratégico de planificación, las lecciones aprendidas y las mejores prácticas de las respuestas internacionales y regionales al VIH/SIDA. Estos factores pueden demostrar el desarrollo de las innovaciones y realizar mejoras en la programación actual.

Un componente extremadamente crítico de la planificación estratégica es desarrollar situaciones hipotéticas del presupuesto. Los planificadores de programas deben dar prioridad a los planes (y a los componentes de los planes) de acuerdo a los fondos

y los recursos disponibles. Este tipo de asignación de prioridades asegurará un acuerdo en las intervenciones prioritarias y en el financiamiento y los recursos disponibles para llevarlos a cabo.

Junto con la elaboración de presupuestos, el diseño de un plan de monitoreo y evaluación son esenciales. El monitoreo y la evaluación permiten importantes revisiones periódicas de indicadores de puntos de referencia y el diseño de una estrategia para actualizar el plan según sea necesario.

El plan estratégico nacional servirá como el marco de trabajo para los planes locales/sectoriales. Mientras que las categorías para los planes locales pueden ser similares a las del plan nacional, la cantidad de detalles aumentará al nivel local/sectorial debido a que la implementación de la planificación se tornará más específica. Los planes locales/sectoriales incluirán actividades claras, tendrán restricciones de tiempo definidas, identificarán las partes específicas y sus funciones y delinearán presupuestos concretos y fuentes de financiamiento.

Planificación de la ECR

Paso 4: Movilización de recursos

Parece haber un acuerdo claro de que los recursos disponibles a la fecha para los programas relativos al VIH/SIDA han sido excesivamente insuficientes para producir una respuesta eficaz. Todos los gobiernos nacionales, en todos los niveles, deben realizar una mayor asignación presupuestaria para el VIH/SIDA. Además, debe organizarse el sector privado de cada país para apoyar y financiar programas relativos al VIH/SIDA.

A partir del año 2000 se han introducido iniciativas importantes para incrementar los fondos disponibles para los programas relativos al VIH/SIDA. Éstos incluyen:

- Programas internacionales multilaterales de donantes; por ejemplo, la Asociación Internacional para SIDA en África
- Incrementos significativos en el nivel de apoyo de donantes bilaterales como la USAID
- Iniciativas del sector privado, como la Fundación Melinda y Bill Gates y compañías farmacéuticas internacionales para producir antirretrovirales (ARV) disponibles con costos significantemente reducidos
- Esquemas de alivio de la deuda, como el Jubilee 2000 y el programa del Banco Mundial de Alivio de la Deuda a los Países Pobres

Recientemente, los compromisos presupuestarios de los países africanos para el VIH/SIDA han ido aumentando. En abril de 2001, en la Cumbre de Abuja sobre el VIH/SIDA, los líderes africanos se comprometieron a gastar el 15 por ciento de su producto nacional bruto (PNB) para la atención de la salud y como respuesta al VIH/SIDA. Donantes multilaterales y bilaterales requieren ahora mayores compromisos políticos y presupuestarios de sus socios, los países en desarrollo mismos, que puede suceder mediante diferentes medios. Los programas de alivio de las deudas, por ejemplo, liberan a los países para poder comprometer sus propios recursos asignados anteriormente a pagos de las deudas, a la educación, a servicios sociales y de salud, incluyendo el VIH/SIDA. A medida que más países descentralizan la planificación de salud y su manejo, los gobiernos al nivel local se encargarán de asignar recursos presupuestarios para el VIH/SIDA y de explorar mecanismos de recuperación de costos para servicios importantes, como las pruebas del VIH, la distribución de condones y la entrega de medicamentos para la atención paliativa. Los países están dirigiéndose cada vez al sector privado para el apoyo financiero y programas de asociación.

Preguntas clave para implementar la planificación estratégica de la ECR

Los equipos de planificación pueden usar sus planes estratégicos existentes en cuanto al VIH/SIDA para la planificación estratégica de la ECR. Los planificadores pueden revisar los pasos de la planificación estratégica de la ECR descritos anteriormente y compararlos con sus planes actuales. La siguiente tabla enumera preguntas clave por considerar cuando se desarrolle y aplique un proceso de planificación estratégica de la ECR. Estas preguntas son importantes tanto para la planificación nacional como para la local/sectorial.

Preguntas clave de implementación para la planificación estratégica de la ECR

Revisión de los pasos de la planificación estratégica de la ECR:

- ¿Qué aspectos de la evaluación de la situación pueden mejorarse? Elija uno para acción inmediata.
- ¿Qué aspectos de la evaluación de la respuesta pueden mejorarse? Elija uno para acción inmediata.
- ¿Están los grupos de las personas que viven con el VIH/SIDA suficientemente involucradas en los programas de suministro de servicio?
- ¿Qué aspectos de la planificación estratégica pueden mejorar? ¿Se han identificado claramente las acciones prioritarias, los recursos requeridos y los resultados esperados?
- ¿Se ha dado prioridad a las acciones usando diferentes presupuestos hipotéticos, por ejemplo, niveles alto, mediano y bajo de financiamiento?

Evaluación de la participación en la planificación estratégica de la ECR

- ¿Qué estrategias se han usado para la movilización de recursos? ¿Qué información o apoyo se necesita para mejorar los esfuerzos de movilización de recursos?
- ¿Se han establecido sistemas y estructuras para ampliar las estrategias de planificación comunitaria para el VIH/SIDA? ¿Tienen los miembros del personal las aptitudes para apoyar esto?
- ¿Incluyen las asociaciones distritales y nacionales a las ONG y el sector privado?
- ¿Qué lecciones se han aprendido tratando de garantizar la participación adecuada en los procesos de planificación estratégica durante los primeros trabajos?
- ¿Están las personas que viven con el VIH/SIDA suficientemente involucradas en la planificación estratégica?

Evaluación del estado actual de la planificación estratégica de la ECR

- ¿Tiene el país un plan estratégico aprobado nacionalmente para el VIH/SIDA?
- ¿Hay un Plan aprobado de Respuesta Nacional para los Niños Huérfanos y Vulnerables para el país?
- ¿Existen en el país planes estratégicos sectoriales? ¿Están siendo implementados?
- ¿Hay una coalición del sector privado organizada nacionalmente en el país? ¿Tiene un plan estratégico?
- ¿Han elaborado los distritos planes estratégicos para el VIH/SIDA?
- ¿Está en marcha la planificación estratégica comunitaria para el VIH/SIDA?

Lectura adicional

Foro de Desarrollo Africano. Lessons Africa Has Learnt in 15 Years of Responding to HIV/AIDS. Documento de trabajo. Reporte no publicado del Foro de Desarrollo Africano, 3 al 7 de diciembre, 2000. Dais Ababa, Etiopía.

Foro de Desarrollo Africano. The African Consensus and Plan of Action: Leadership to Overcome HIV/AIDS. Reporte no publicado del Foro de Desarrollo Africano. 3 al 7 de diciembre, 2000. Dais Ababa, Etiopía.

Foro de Desarrollo Africano. Theme 3: Scaling Up to Responses to HIV/AIDS. Reporte no publicado del Foro de Desarrollo Africano, 3 al 7 de diciembre, 2000. Dais Ababa, Etiopía.

Bonnel R. 2000. Costs of Scaling HIV/AIDS Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa. Reporte no publicado. Londres, Inglaterra: Banco Mundial.

Chan C, Moodie R, Goodridge G. HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs (fecha programada de publicación: Diciembre 2001). Arlington, VA: Family Health International.

Community Mobilization and AIDS: UNAIDS Technical Update (UNAIDS Best Practice Collection: Technical Update). Abril 1997. Ginebra: ONUSIDA.

VIH y el programa de desarrollo, PNUD. Mainstreaming the Policy and Programming Response to the HIV Epidemic. Edición en papel N.º 33, 2000.

Kelly MJ. Septiembre 1999. The impact of HIV/AIDS on schooling in Zambia. ICASA.

Lamboray JD. Local responses to HIV/AIDS: The global agenda: UNAIDS Local Response — Key Note. Ginebra: OUNSIDA.

Respuestas locales al VIH/SIDA. Nota técnica N.º 1. A Strategic Approach Toward an AIDS-Competent Society. Ginebra: ONUSIDA. (Adaptación de Kelley MJ, The impact of HIV/AIDS on schooling in Zambia. ICASA, Septiembre 1999.)

División de Manejo del Desarrollo y el Gobierno, Oficina de Desarrollo de Políticas, PNUD. 1998 Capacity Assessment and Development in a Systems and Strategic Management Context. Documento de Asesoría Técnica N.º 3.

ONUSIDA. Noviembre 2000. The International Partnership on AIDS in Africa. Update. Ginebra: ONUSIDA.

Estudio de casos

Estudio de caso: *Impulso al inicio* en Nigeria: Planificación Estratégica para la ECR

Durante el año pasado, el financiamiento por parte de los donantes para los programas de prevención y atención del VIH en Nigeria ha aumentado rápidamente, presionando a las agencias de implementación a aumentar a escala los programas y desarrollar la capacidad de aplicación. Dado que Nigeria es el país más poblado de África, el destino de su batalla contra el VIH es de interés especial para los programas contra el SIDA mundiales y regionales de África. En 2000, la tasa de predominio del VIH en Nigeria era de aproximadamente 5 por ciento, y el riesgo de que la epidemia se propague sin control, como había sucedido en el sur de África, parecía grande.

En el mismo año, la USAID encargó a FHI intensificar los trabajos de prevención y atención en cuatro estados prioritarios y ampliar la cobertura en las comunidades más vulnerables de esos estados. Se acordó un compromiso anual de US$1 millón por estado para costos de campo. FHI determinó que no podía usar el enfoque de "seguir con los negocios como de costumbre" para el desarrollo del proyecto, que podía costar al programa más de un año en desarrollar las docenas de proyectos necesarios para una prevención y respuesta integral a la atención.

Se desarrolló un modelo de inicio para acelerar el proceso. En sólo seis meses, se desarrollaron cuatro programas estatales y se lanzaron 52 subproyectos, basados en una secuencia de evaluaciones rápidas y exhaustivas, talleres para interesados directos y capacitación para el desarrollo de propuestas para socios locales ejecutores. El enfoque de inicio se concibió como una manera de:

- Asegurar uniformidad y control de calidad en la fase del desarrollo del proyecto.
- Desarrollar la capacidad y la creación de una red de contactos de los socios ejecutores.
- nfundir rápidamente el impulso en un programa, lanzando simultáneamente un conjunto de proyectos de refuerzo mutuo.

El modelo nigeriano es un proceso de asignación de prioridades progresivas de poblaciones y sitios, desarrollando gradualmente la participación local y la propiedad del proceso y de los productos de la planificación estratégica. Hubo seis elementos secuenciales a este proceso:

- Revisión de documentos en el nivel nacional.
- Evaluación rápida en el nivel estatal (o provincial).
- Evaluación exhaustiva en el nivel del gobierno local.
- Taller para los interesados directos.
- Taller de planificación estratégica.
- Taller de desarrollo de los subproyectos.

Se incluyó cierto riesgo en el desarrollo rápido de este proyecto debido a varios factores: investigación inadecuada de la implementación de la capacidad de los socios; tiempo limitado para el desarrollo de la capacidad de las ONG para administrar las finanzas y

Pregunta #1 del estudio de caso

¿Qué problemas o retos se pueden esperar al diseñar un enfoque de impulso al inicio para una región o país?

Posibles respuestas:

- El número de las ONG que se quedan en el programa durante los Años 1 y 2.
- La calidad de la implementación y la uniformidad, y la tasa de expansión de los áreas geográficas y cobertura de poblaciones.
- La capacidad del personal de las ONG para convertirse en educadores.
- Indicadores de rendimiento y resultado que miden los cambios de actitud y comportamiento en las poblaciones destinatarias.

Pregunta #2 del estudio de caso

¿Qué problemas o retos se pueden esperar al diseñar un enfoque de *impulso al inicio* para una región o país?

Respuestas posibles:

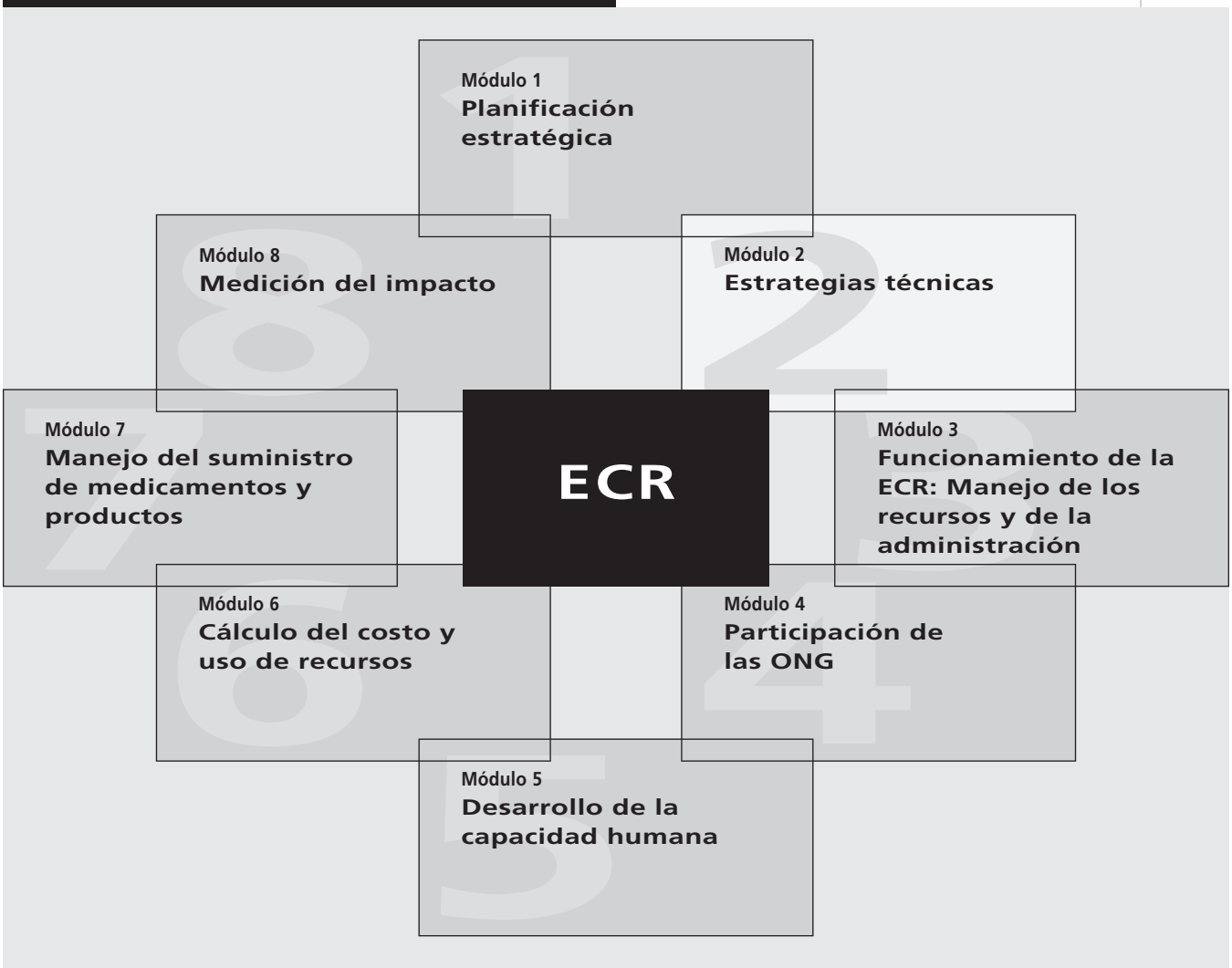
- Algunos de los participantes no tienen experiencia para escribir propuestas.
- No todos los participantes tienen el mismo nivel de experiencia en el desarrollo de proyectos y la redacción de propuestas.
- Los equipos tienden a sobreestimar su capacidad de implementación y también la cobertura que proponen para poblaciones, áreas geográficas y presupuestos.
- e requiere de una cantidad considerable de comunicación de ida y venida hasta que se alcance un presupuesto satisfactorio mutuo y surja un programa de actividades.
- Algunos socios ejecutores nunca llevaron a cabo programas de prevención del VIH o recibieron capacitación en los principios básicos de la prevención antes de participar en un taller de planificación.
- Recursos financieros limitados.
- ecursos humanos limitados.
- Problemas de comunicación en situaciones de pocos recursos.

las actividades; y la posibilidad de errores estratégicos en el apuro por seleccionar áreas geográficas prioritarias y poblaciones. FHI pudo asegurar a los donantes que se tomarían precauciones adecuadas para minimizar el riesgo, incluyendo auditorías in situ de los sistemas financieros de las agencias locales previas a cualquier adjudicación.

Módulo 2

Estrategias técnicas

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Cuáles son las intervenciones técnicas apropiadas para la ECR basadas en:
  - El nivel y tipo de la epidemia?
  - Los programas que se necesitan?
  - Los recursos disponibles?
- De las estrategias técnicas usadas internacionalmente y dentro de los países, ¿cuáles son las más:
  - Eficaces y exitosas?
  - Eficaces en función de los costos?
  - Sostenibles?

En las décadas desde que surgió el VIH, la comunidad mundial ha perfeccionado estrategias técnicas clave para prevenir la infección por el VIH/SIDA, y cuidar a las personas ya afectadas. Estos enfoques pueden y en realidad afectan la transmisión y la mitigación, como indican numerosos proyectos pilotos y a pequeña escala de demostración, y algunos programas a nivel nacional. El próximo paso crítico que afecta la epidemia es ir más allá de los proyectos pilotos y de demostración, incrementando la cobertura en los niveles locales, regionales y nacionales. Para lograr esto, los administradores de programas y los planificadores deben contestar las preguntas clave enumeradas previamente.

Módulo 2, Estrategias técnicas para la ECR:

- Describe la sinergia de entrelazar las intervenciones técnicas, incluido:
  - La combinación de intervenciones técnicas clave;
  - La agrupación de intervenciones para la prevención deseada; y
  - La integración de intervenciones técnicas en otros servicios y sectores.
- Trata de los temas de la ECR para la implementación de estrategias técnicas para la prevención, la atención y el apoyo.
- Presenta preguntas clave para diferentes aspectos de la implementación de las estrategias técnicas de la ECR.
- Proporciona referencias y recursos para una lectura adicional.

Las intervenciones cuya meta fueron las personas han demostrado ser exitosas. Pero el comportamiento individual está influido firmemente por factores más amplios, como las normas sociales, el acceso a los

Estrategias técnicas de la ECR

Prevención	Atención y apoyo

■ Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC)
■ Promoción y disponibilidad de los condones
■ Manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
■ Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)
■ Prevención y transmisión de madre a hijo (TMH)
■ Seguridad de la sangre
■ Reducción de daño para los usuarios de drogas inyectables
■ Reducción del estigma
	■ Atención clínica
	  ■ Manejo clínico de las infecciones oportunistas y de las enfermedades relacionadas con el VIH, incluidas terapias preventivas
	  ■ Prevención y control de la TB
	  ■ Terapias antirretrovirales (ARV)
	■ Atención domiciliaria
	■ Atención paliativa
	■ Apoyo psicosocial
	■ Reducción del estigma
	■ Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)
	■ Huérfanos y otros niños vulnerables (HNV)
	■ Apoyo legal
	■ Programas de nutrición
	■ Programas micro empresariales y de generación de entradas

programas y los servicios, influencias sociales y económicas y la política pública. Para que los programas contra el VIH/SIDA sean exitosos y sostenibles, la intervención debe ocurrir en niveles múltiples para influir en las personas y las normas de la sociedad, mejorar la infraestructura de salud y aliviar restricciones estructurales y ambientales para la prevención y atención. Los programas eficaces se adaptan al contexto local, apropiado a la fase de la epidemia, receptivo a las necesidades del país anfitrión y donante y dirigido a cumplir con los objetivos estratégicos.

Los elementos técnicos clave para la prevención del VIH y la atención, que se han implementado eficazmente durante las últimas dos décadas, aparecen en el cuadro de la página 22. Las intervenciones se agrupan en dos categorías que se refuerzan mutuamente: la prevención, y la atención y el apoyo.

Sinergia de la interconexión de las intervenciones técnicas para apoyar las metas de la ECR

Esta sección examinará tres maneras de apoyar las metas de la ECR al vincular las intervenciones técnicas: 1) combinando intervenciones técnicas clave; 2) agrupando las intervenciones para la prevención proyectada; 3) integrando las intervenciones técnicas en otros servicios y sectores.

Sinergia de la interconexión de las intervenciones técnicas: Combinación de intervenciones técnicas clave

Las intervenciones técnicas para programas de prevención, atención y apoyo se pueden implementar aisladamente. Típicamente, las necesidades de la comunidad se expresan para la prevención, atención y apoyo al mismo tiempo y se

Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)

Intervención	Meta(s) de los programas	Programas y servicios requeridos
Pruebas y asesoramiento voluntarios	Fomentar cambios en el comportamiento	■ Servicios usados de pruebas y asesoramiento voluntarios de alta calidad, accesibles, razonables, aceptables ■ Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) ■ Ambiente y políticas de apoyo ■ Productos disponibles de prevención (condones, agujas, jeringas) ■ Servicios de ITS de calidad ■ Alcance a grupos vulnerables ■ lubes de post pruebas ■ Alivio del estigma
	Asegurar atención y apoyo completos	■ Servicios médicos, de enfermería y de atención domiciliaria para el manejo de problemas comunes y apoyo nutricional ■ Uso de los ARV cuando sea apropiado (fase de la infección, programa de TMH) ■ Apoyo psicológico de seguimiento ■ Profilaxis para infecciones comunes (bacterias y tuberculosis) ■ Apoyo social para los clientes registrados y sus familias ■ Clubes de post pruebas ■ Alivio del estigma ■ Apoyo espiritual

Manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS)		
Intervención	**Meta del programa**	**Programas y servicios requeridos**
Control de las ITS	Reducir el predominio de las ITS	■ Servicios usados para el tratamiento de las ITS de alta calidad, accesibles, aceptables ■ CCC ■ Productos disponibles de prevención (condones, medicamentos) ■ Alcance a grupos de alto riesgo y vulnerables ■ Ambiente y políticas de apoyo ■ Sistema de remisión para pruebas y asesoramiento voluntarios ■ Servicios de laboratorio de calidad para el diseño de directrices y vigilancia ■ Alivio del estigma

abordan mejor con una respuesta integral de las intervenciones combinadas. Además, la combinación de intervenciones técnicas tendrá probablemente un mayor impacto en la epidemia en general. El efecto multiplicador de reforzar mutuamente intervenciones técnicas puede maximizar los beneficios. Dependiendo de las metas de los programas y del estado de la epidemia, diferentes segmentos de la población se pueden tratar con diferentes combinaciones de intervenciones técnicas. Tres ejemplos de cómo las intervenciones técnicas clave están tanto interconectadas como complementadas con las pruebas y asesoramiento voluntarios, el manejo de las ITS y la atención domiciliaria, aparecen en los cuadros adjuntos.

Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)

Las pruebas y asesoramiento voluntarios son una estrategia crítica en la sinergia de prevención y atención en relación con el VIH/SIDA, proporcionando beneficios a aquellos que son VIH positivos y a aquellos que resultan VIH negativos. Para que las PAV sean eficaces, se deben establecer servicios de asesoramiento y de pruebas de alta calidad; y la comunidad debe considerar estos servicios como beneficiosos. Promover las PAV para el cambio de comportamiento como una estrategia de prevención solamente, tendrá un impacto limitado si no hay servicios de calidad y/o remisiones para individuos que son VIH positivos. Por ejemplo, usar las PAV a fin de identificar a individuos VIH positivos para prevenir la transmisión de madre a hijo sin proporcionar intervenciones para el cambio de comportamiento no hará uso pleno de la estrategia de las PAV y tendrá un menor impacto. De igual manera, asesorar a una persona VIH positiva sobre las maneras de prevenir una mayor propagación del VIH sin tratar sus necesidades psicológicas y médicas tendrá un impacto limitado.

Manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

El manejo de las ITS es una estrategia clave en la prevención del VIH debido a que las ITS incrementan la susceptibilidad de las personas al VIH, y a las infecciones que conlleva. Los comportamientos que ponen a los individuos en riesgo de contraer ITS también los ponen en riesgo de contraer el VIH. Una sinergia de atención y prevención, cuando los mensajes de prevención como el uso de condones se proporcionan en conjunto con servicios de calidad y tratamiento sin críticas, ayuda a que las personas se tornen más receptivas a los mensajes de prevención.

Atención domiciliaria

La atención domiciliaria es una estrategia de intervención que busca aliviar el peso de un ya recargado sistema de atención de salud proporcionando cuidado a las personas que viven con el VIH/SIDA en su hogar y dentro de su comunidad. Para las personas que viven con el VIH/SIDA, hay claros beneficios psicológicos para la atención domiciliaria: es un ambiente de confianza y

Atención domiciliaria		
Intervención	**Meta del programa**	**Programas y servicios requeridos**
Atención domiciliaria	Mejorar la calidad de vida de las familias afectadas por el VIH	■ Proveedores capacitados para la atención de la familia ■ Voluntarios capacitados ■ Supervisión constante de un centro de salud cercano ■ Acceso a un equipo de atención domiciliaria, incluyendo medicinas ■ Conexiones a actividades de apoyo nutricional y seguridad de los alimentos

brinda oportunidad para hablar acerca de la atención y la prevención con toda la familia. Las personas que trabajan como voluntarios en la atención domiciliaria son frecuentemente respetadas en la comunidad, y pueden movilizar comunidades enteras para la prevención y atención.

Se pueden seleccionar diferentes combinaciones de intervenciones técnicas cuando se desarrolle una ECR, dependiendo de los objetivos del programa y de las poblaciones afectadas o poblaciones destinatarias. Es importante considerar las estrategias técnicas más apropiadas para los diferentes niveles (individuo, familia, comunidad y sociedad), reconociendo que en el centro de todo el trabajo con el SIDA está el individuo y su familia. Las necesidades individuales y familiares no se limitan a una categoría o intervención; requieren de programas de prevención, atención y apoyo, y de estrategias para mitigar el impacto de la epidemia. Todas las intervenciones deben integrarse dentro de sistemas y estructuras existentes de salud y servicios sociales.

Conceptos para alcanzar la meta de la prevención

- El VIH se propaga más rápidamente entre aquellos que corren mayor riesgo y vulnerabilidad (UDI, los trabajadores comerciales del sexo (TCS) y sus clientes, trabajadores de alta movilidad).
- La transmisión de VIH entre subpoblaciones de bajo riesgo se puede prevenir interrumpiendo la transmisión entre las subpoblaciones de algo riesgo y las poblaciones puente.
- Los recursos de prevención se deben dirigir con más fuerza a aquellos con mayor riesgo o vulnerabilidad.
- El poner metas representa un uso costo eficaz de los recursos limitados de prevención.
- El poner metas es más eficaz cuando se combina con programas para cambiar las normas sociales.

Sinergia de la interconexión de las intervenciones técnicas para la ECR: Agrupación de intervenciones técnicas para alcanzar la meta de prevención

Agrupar las intervenciones técnicas para satisfacer las necesidades de las personas, familias, comunidades y sociedad alrededor de poblaciones destinatarias específicas ha tenido éxito. Los conceptos para alcanzar la meta de la prevención se describen a la derecha.

La evidencia sugiere cada vez más que el modo más eficaz de reducir la propagación de la epidemia es reducir la transmisión entre aquellos que cambian de pareja con más frecuencia. La prevención de la infección entre aquellos con tasas más altas de cambio de pareja, tanto sexual como de inyección de drogas, previene muchas infecciones secundarias subsecuentes.

Las intervenciones meta han resultado en la reducción de riesgo exitosa y han disminuido los niveles de infección por el VIH.

- Una intervención meta con trabajadores de sexo en Abidján, que combinó la CCC con la promoción del condón y los servicios de ITS, reportó que el uso del condón entre las trabajadoras de sexo con el último cliente incrementó de 63 por ciento en 1991 a 91 por ciento en 1997 (Ghys y col. 1998).

Agrupación de las intervenciones técnicas para la meta de la prevención

Intervención	Meta del programa	Programas y servicios requeridos
Programas escolares relativos al VIH/SIDA con base en la escuela, de alcance a la juventud fuera de la escuela	Reducir la transmisión del VIH en la juventud	■ CCC, servicios de ITS orientados hacia la juventud, programación de condones, pruebas y asesoramiento voluntarios, políticas con el Ministerio de Educación, HNV
Programa completo en centros de transporte que alcance a trabajadores migratorios, transportadores y trabajadores de sexo.	Reducir la transmisión entre las poblaciones móviles	■ CCC, servicios de ITS, programación de condones, pruebas y asesoramiento voluntarios, HNV, manejo clínico de infecciones oportunistas, política del lugar de trabajo

- El Programa tailandés de 100% Condón ha sido asociado con un incremento en el uso de condones entre trabajadores de sexo del 14 al 94 por ciento (Hanenberg y col. 1994). Este programa creó una política de incentivo para que los burdeles insistieran en el uso del condón, enfocándose en los burdeles en los que las trabajadoras hayan sido sometidas a pruebas con resultados positivo para las ITS. Esta política fue respaldada por el cumplimiento legal de pruebas frecuentes para detectar ITS y tratamientos, suministro de condones y una campaña de comunicaciones integral.
- En Sudáfrica, las ventas de condones permanecieron bajas entre las mujeres en alto riesgo en una comunidad minera, a pesar de la introducción de un programa social de mercadeo del condón. Las mujeres indicaron que estaban cansadas de recibir mensajes sobre los condones mientras que se ignoraban otros problemas de salud. Con la introducción de servicios de ITS para las mujeres, el uso del condón comenzó a aumentar entre ellas (Steen y col. 2000).
- Como resultado de estas intervenciones meta, se han observado pocas infecciones, no sólo en las mismas poblaciones destinatarias, sino también en las poblaciones puente y en las generales.

Para aplicar el concepto de la meta de la prevención, las subpoblaciones donde el riesgo de comportamiento se concentra más y son más vulnerables deben ser identificadas sobre la base de un país, estado o provincia. Pero los trabajadores de sexo y sus clientes, los UDI y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen mayor probabilidad de predominar, para que las subpoblaciones destinatarias se seleccionen basadas en datos locales.

La tabla anterior destaca maneras de combinar estrategias técnicas para satisfacer metas específicas del programa.

Una prioridad urgente para los países, sin tomar en cuenta la fase en que esté la epidemia, es ampliar rápidamente y prestar servicios de prevención, atención y apoyo a la mayoría de personas de alto riesgo. Los proyectos piloto han demostrado la eficacia de las intervenciones meta, pero en la mayor parte de casos, la cobertura para la población de alto riesgo ha sido poca.

Preguntas clave de implementación para la meta de la prevención

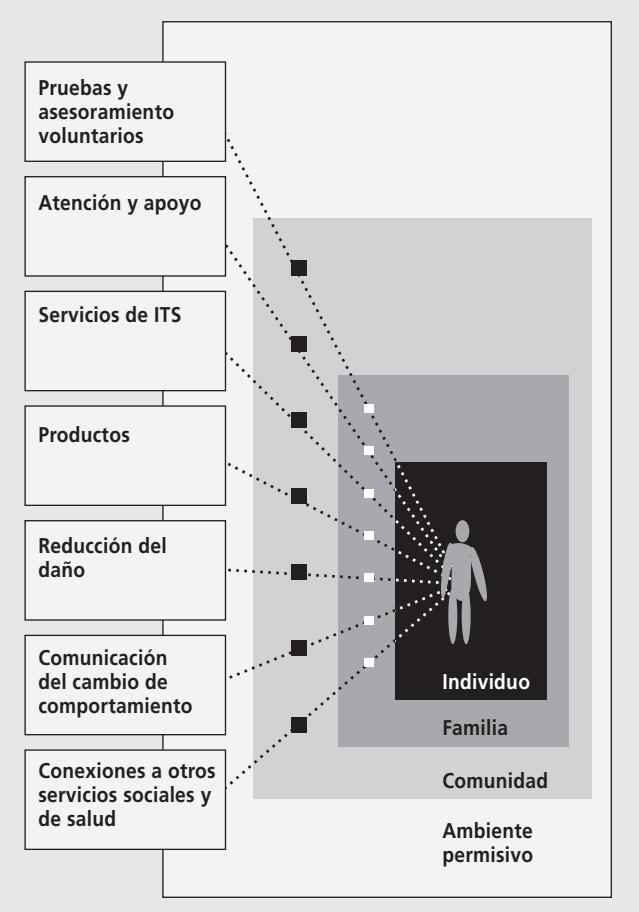
- ¿Existen las intervenciones meta para los grupos de alto riesgo?
- Si existen las intervenciones meta, ¿qué servicios incluyen?
- ¿Cuál es la cobertura de grupos de alto riesgo?
- ¿Qué socios extienden la cobertura de grupos de alto riesgo?

Conexión de la prevención y la atención

A medida que las personas infectadas por el VIH pasan a tener enfermedades recurrentes, cambian los servicios que necesitan. El prestar atención completa continua, del hogar y la comunidad a los servicios institucionales y viceversa, asegurará que las necesidades específicas de los clientes y sus familias

se satisfagan. Se han desarrollado sistemas de remisión eficaces para asegurar que las personas que viven con el VIH/SIDA y están afectadas, se puedan beneficiar de los varios servicios en el entorno comunitario e institucional. Estos servicios proporcionan atención completa y apoyo durante el transcurso de la infección y la enfermedad. La siguiente tabla resalta las estrategias técnicas que se necesitan para satisfacer las necesidades de la comunidad afectada por el VIH/SIDA.

Necesidades de la comunidad para la prevención y atención, y la programación del apoyo



Sinergia de la interconexión de las intervenciones técnicas para la ECR

Método 3: Integración de la meta de la prevención a otros servicios y sectores

Los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA son más eficaces cuando se integran los programas y actividades a infraestructuras existentes a gran escala que funcionan en una gama de sectores. Combinar la

Integración de la meta de la prevención a otros servicios y sectores

Programa/ Sistema	Actividades relativas al VIH/SIDA
Educación	IVIH/SIDA en el currículo, actividades co-curriculares, alcance a la comunidad, clubes de SIDA
Servicios uniformados	Integración a la capacitación básica y a la capacitación en horas de trabajo, educación a grupos de la misma generación, servicios de ITS, distribución de condones, alcance a la comunidad, pruebas y asesoramiento voluntarios
Agricultura	IIntegración a la capacitación de los trabajadores agrícolas por extensión, revisión de las políticas agrícolas, educación a grupos de la misma generación, temas de seguridad alimenticia
Uniones/ Asociaciones	Actividades de educación a grupos de la misma generación, remisión a servicios
Lugar de trabajo	CCC local, defensa de la política, servicios de ITS, servicios de atención y apoyo, pruebas y asesoramiento voluntarios
Trabajo	Programas de capacitación revisados, integración del VIH/SIDA a las iniciativas de capacitación existentes, políticas
Santé	Salud reproductiva, sistema primario de atención de la salud, capacitación de los proveedores de servicios de atención de salud
Organizaciones de mujeres	CCC, programas de capacitación, atención y apoyo, pruebas y asesoramiento voluntarios
Organizaciones de la juventud	CCC, programas de capacitación, atención y apoyo, remisión de servicios

prestación de intervenciones del VIH/SIDA con otros sectores en lugar de ampliar las intervenciones del VIH/SIDA independientemente, ayuda a reducir costos, mejorar la eficiencia y mantenerlas sostenibles. Pero los países no siempre han sacado provecho del potencial para integrar los programas relativos al VIH/SIDA a otros sectores, como educación, salud reproductiva, planificación familiar o educación sexual (Watts y Kumaranayake 1999). Además del sector público, también se necesita la integración para los grupos de la sociedad civil, como el sindicato gremial y las asociaciones de jóvenes y de mujeres.

La tabla de la página 27 muestra cómo algunos esfuerzos del VIH se han integrado a programas existentes, sistemas y estructuras.

Preguntas clave de implementación para la integración de poblaciones destinatarias a otros servicios y estructuras

- ¿Qué sistemas y estructuras existen para llegar a un gran número de personas?
- ¿Qué mecanismos están funcionando para fomentar la conexión entre sectores?
- ¿Qué herramientas se necesitan para apoyar la integración en cada sector?
- ¿Qué herramientas ya existen?
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán para la integración?
- ¿Cómo se integrará el VIH/SIDA en los procesos de planificación nacionales y sectoriales?

Temas de la ECR en la implementación de las estrategias de prevención técnica

En esta sección se presentan y exponen ocho estrategias de prevención técnica y su relación con la ECR: CCC; promoción de condones; servicios de salud sexual; seguridad de la sangre; pruebas y asesoramiento voluntarios; transmisión de madre a hijo; reducción del daño; y reducción del estigma.

Estrategia de prevención técnica 1: Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC)

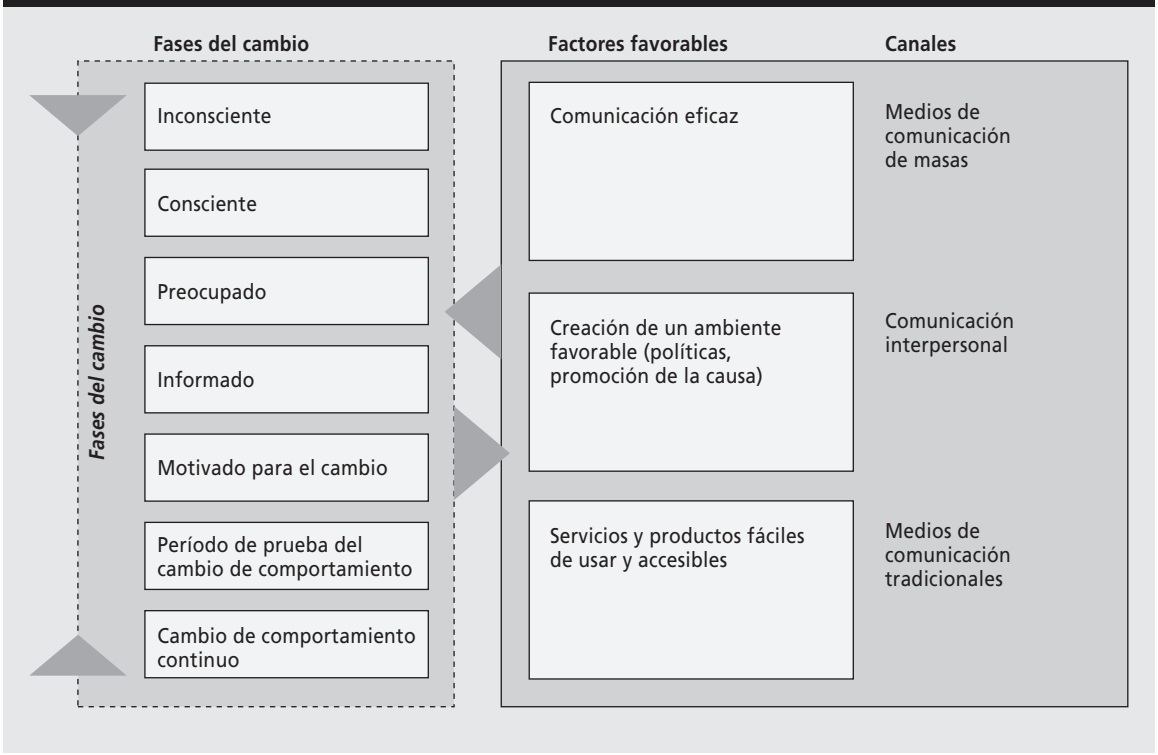
Cambiar los comportamientos individuales y de la comunidad es la clave para la prevención del VIH. La CCC tiene cinco funciones diferentes relacionadas con el VIH/SIDA y la programación de las ITS:

- **Diálogo de la comunidad.** Fomenta los intercambios de ideas en los ámbitos nacionales y comunitarios sobre los factores que contribuyen al VIH/SIDA, como los comportamientos de riesgo y los ambientes que los crean, y la demanda de servicios de información, prevención, atención y apoyo.
- **Promoción de la causa.** Asegura que los elaboradores de políticas y los líderes clave de opiniones se mantengan informados sobre la epidemia. La promoción de la causa tiene lugar a niveles nacionales y comunitarios.
- **Medidas de información y educación.** Proporciona a las personas datos básicos usando formatos de lenguaje, visuales y medios de comunicación que se puedan comprender, y fomenta un cambio positivo en el comportamiento.
- **Estigma.** Transmite el problema del estigma e intenta influir en la respuesta social en todas las comunicaciones, en su relación con la prevención y atención. Éste es un componente especialmente crítico para la CCC.
- **Promoción de servicios y productos.** Comunica información promocional sobre el VIH/SIDA y los programas y servicios de las ITS. Los servicios pueden incluir el tratamiento de las ITS, las pruebas y asesoramiento voluntarios, los grupos de apoyo, las redes de personas que viven con el VIH/SIDA, los HNV, la transmisión de madre a hijo, la atención clínica para las infecciones oportunistas, terapia ARV, y apoyo social y económico.

Se deben diseminar mensajes compatibles de una variedad de fuentes legítimas de una manera interactiva para afectar el cambio de comportamiento. La gráfica de la siguiente página destaca el proceso de cambio de comportamiento en relación con la comunicación.

Las intervenciones de prevención del VIH tienen como meta cambiar el comportamiento del individuo, pero las intervenciones de la comunidad y de la sociedad se han desarrollado para cambiar las normas y el comportamiento a nivel del grupo. Es importante apoyar y fomentar la CCC tanto a nivel individual como de grupo.

Programación de la comunicación para el cambio de comportamiento



La experiencia ha demostrado que mientras que el riesgo de contraer el VIH puede aumentar rápidamente en una comunidad o en un país, las actitudes que favorecen la prevención y los comportamientos de prevención probablemente se retrasarán. Los medios de comunicación de masas cumplen una función importante en la promoción de cambios de actitud y en hacer populares los comportamientos sin riesgos. Cuando el comportamiento va detrás del conocimiento, se puede utilizar la comunicación de las masas para fomentar el diálogo sobre los comportamientos de riesgo y los entornos de riesgo particulares a una comunidad.

Las campañas de CCC se desarrollan usando métodos de cambio de comportamiento y se adaptan para abordar las diferentes fases de la epidemia, ya que los subgrupos de la población (audiencias destinatarias) pueden estar en diferentes etapas de continuo cambio de comportamiento. Las audiencias destinatarias se deben dividir en segmentos y se deben desarrollar campañas de CCC para cada grupo. Para que una ECR sea eficaz, la campaña nacional de CCC debe dirigirse a grupos específicos con mensajes de calidad e intervenciones.

El estigma es un tema crítico para abordar en el desarrollo de las campañas de CCC. El estigma se define como una marca de la vergüenza o el descrédito en una persona o grupo. En el VIH/SIDA, el estigma afecta a las personas que viven con el VIH/SIDA, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a los trabajadores comerciales del sexo, a los usuarios de drogas inyectables, a las poblaciones migratorias y a otros grupos marginados. Frecuentemente el estigma conlleva la presunción de un comportamiento negativo por parte de esos individuos que estigmatizan a otros, y se manifiesta en una variedad de maneras, desde ignorar las necesidades de una persona o grupo a dañar psicológica o físicamente a la persona estigmatizada. La importancia de tratar el estigma en las campañas de CCC trasciende los asuntos de la compasión y el tratamiento humano para los programas. Los programas de CCC que abordan el estigma se pueden beneficiar de las personas o grupos motivados, como las personas que viven con el VIH/SIDA, los trabajadores comerciales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, que pueden trabajar en forma eficaz por el cambio, como defensores de la política y servir como asistentes sociales y educadores de sus colegas.

Preguntas clave de implementación para la CCC

- ¿Existe una estrategia nacional de CCC para el VIH/SIDA?
- ¿Se ha basado en la investigación de la audiencia la CCC que se ha implementado en el país?
- ¿Cuál es la capacidad para desarrollar y presentar la CCC en el país?
- ¿Qué instituciones, organizaciones o universidades tienen la capacidad para desarrollar y capacitar una CCC que indique los últimos avances técnicos?
- ¿Hay consenso en el enfoque mundial de la CCC para el país?

Estrategia de prevención técnica 2: Programación del condón

El condón masculino es la única protección eficaz y de amplia disponibilidad que hay contra el VIH y otras ITS. El acceso a los condones masculinos es fundamental para las estrategias de prevención cuyas metas son los trabajadores sexuales, sus clientes, y sus parejas que no son clientes. Los programas sociales de mercadeo del condón han sido efectuados con éxito en los países en desarrollo y son una de las intervenciones más eficaces en la prevención del VIH.

El mercadeo social y la distribución de condones a las poblaciones destinatarias pueden tener múltiples enfoques, como distribución gratuita a una población destinataria específica, los programas de distribución comunitaria y la diseminación a través de los servicios de salud, farmacias y tiendas comunales. La estrategia de distribución se puede coordinar entre los diferentes mercados para alcanzar la máxima disponibilidad de condones.

Para una ECR, es importante mejorar el acceso y la disponibilidad de condones a todas las comunidades (urbanas y rurales) y a grupos específicos.

Las personas deben también saber cómo usarlos correctamente. Un programa con éxito de promoción de condones debe asegurar que se usen a menudo y sistemáticamente en la mayor parte de encuentros sexuales de alto riesgo. Un programa social de mercadeo de los condones que alcanza principalmente a la población general de bajo riesgo, puede no tener un impacto significativo en la reducción de la transmisión del VIH.

El condón femenino ha sido objeto de estudios extensos sobre su eficacia, su aceptación, su eficacia en función de los costos, su capacitación y la dinámica de los géneros durante la década pasada. Los resultados de los estudios han sido positivos. La OMS y el ONUSIDA han fomentado la introducción de los condones femeninos como un nuevo método para prevenir el embarazo y la infección por el VIH. El condón femenino puede ser un componente vital de la salud reproductiva y de los programas relativos al VIH/SIDA. Se debe introducir estratégicamente para lograr el impacto más fuerte y más costo eficaz en la salud pública. Cuando se trate de ampliar la respuesta a la epidemia, todos los métodos potenciales se deben usar estratégicamente para aumentar los comportamientos sexuales de menor riesgo.

Implementación clave de la promoción de condones

- ¿Hay un programa social nacional de mercadeo de los condones?
- ¿Hay un sistema nacional para la logística y diseminación de los condones?
- ¿Están disponibles los condones en las áreas rurales?
- ¿Están los condones disponibles para aquellas personas con la más alta vulnerabilidad y riesgo de contraer el VIH?
- ¿Hay un sistema y estructuras definidos para el muestreo y las pruebas de garantía de calidad?
- ¿Se ha evaluado el potencial para una mayor cobertura de los actos sexuales usando el condón femenino?
- ¿Están disponibles los condones femeninos?
- ¿Hay un suministro garantizado de condones masculinos y femeninos?

Estrategia de prevención técnica 3: Manejo de las ITS

Ha habido varias intervenciones a gran escala que demuestran el posible impacto del control de las ITS en la transmisión del VIH. Tailandia redujo la incidencia de las ITS curables en más del 80 por ciento en menos de cinco años mediante un esfuerzo integral que incluía mejor tratamiento de las ITS y se orientó al fomento del uso del condón en los establecimientos comerciales de sexo (100 por ciento de la política del uso del condón). Durante este período, el predominio de infección por el VIH, que

había estado aumentando rápidamente, comenzó a decaer. Mediante la aplicación constante de estas intervenciones, Tailandia estabilizó tempranamente la transmisión del VIH y previno una epidemia más extensa. También hay pruebas de que intervenciones de ITS más limitadas pueden reducir la transmisión del VIH. En la zona rural de Mwanza, en Tanzanía, la mejora del manejo de casos de ITS mediante un enfoque síndrómico en clínicas, redujo la incidencia de nuevas infecciones por el VIH en 40 por ciento. Pero en la vecina ciudad de Rakai, Uganda, el tratamiento en masa con antibióticos de la población sexualmente activa en intervalos de nueve meses, resultó en que no hubo ninguna disminución en las ITS más curables o en la transmisión del VIH.

La experiencia con la programación de controles de las ITS demuestra que la reducción de las altas tasas de ITS requiere de una estrategia integral para la prevención y el tratamiento. Este tipo de estrategia incluye aspectos muy conocidos de programas de control de las ITS, como asegurar el diagnóstico y tratamiento eficaz, fomentando la adherencia a este último, lo mismo que el tratamiento de la pareja y el evitar que la infección reocurra. Sin embargo, es igualmente importante, saber quiénes usan los servicios clínicos existentes y quiénes no lo hacen. Incluso los servicios tecnológicamente más avanzados tendrán un impacto muy limitado en el predominio de las ITS, si el acceso a esos servicios es limitado. Uno de los mayores retos en el control de las ITS es la orientación de los servicios eficaces para alcanzar a las personas que están más frecuentemente expuestas a la infección y que tienen las mayores oportunidades de transmitirla a otros.

A pesar de ser importante, el manejo de casos de las ITS no es el único componente de un enfoque de control de las ITS. El sindrómico, respaldado por la OMS/ONUSIDA se ha convertido en el estándar de atención para manejar los síndromes de ITS más comunes de en muchos países. Al dirigir el tratamiento contra las causas comunes de los síndromes fácilmente identificados, los trabajadores de atención de salud primaria pueden alcanzar altas tasas de curación sin la demora ni el costo involucrados en los exámenes de laboratorio. Los algoritmos del síndrome pueden reducir los fracasos del tratamiento y de la reinfección recalcando la importancia de la adherencia al tratamiento, el uso de condones y el tratamiento de la pareja. El manejo sindrómico se adapta mejor a las enfermedades relacionadas con el exudado uretral y las úlceras genitales. Los enfoques actuales para controlar los síndromes de flujo vaginal en las mujeres son menos precisos, y se necesitan mejores combinaciones de diagnóstico de laboratorio y detección. En la actualidad, los enfoques más prudentes y costosos se pueden adaptar a poblaciones donde el predominio y la exposición son relativamente altos. En las poblaciones de bajo riesgo, el tratamiento de los agentes patógenos vaginales más comunes quizá sea más eficaz en función de los costos. A medida que un diagnóstico más sencillos, más asequibles y exactos están disponible, las directrices para el manejo de casos de las ITS, que recomiendan las combinaciones de métodos de diagnóstico del síndrome y de uso del laboratorio, se convertirán en más factibles bajo las condiciones del estudio de campo.

Implementación clave del manejo de las ITS

- ¿Hay una política nacional para el manejo de casos de ITS?
- ¿Hay estrategias de comunicación para promover los servicios para las ITS?
- ¿Están los servicios disponibles en el primer punto de contacto?
- La mayoría de la población de alto riesgo, especialmente la juventud, ¿tiene acceso a servicios aceptables?
- ¿Están los servicios de ITS disponibles a través de canales del sector informal, incluidos los curadores tradicionales?
- ¿Se realizan detecciones y tratamientos presuntivos de los grupos centrales más importantes y de los grupos puente?
- ¿Ha recibido el personal capacitación adecuada en el manejo sindrómico?
- ¿Están los medicamentos para el tratamiento fácilmente disponibles y son asequibles?
- ¿Están los medicamentos para las ITS en la lista de medicamentos esenciales?
- ¿Es posible que las instituciones/organizaciones puedan encargarse de la capacitación para el manejo sindrómico?
- ¿Hay suministros continuos de medicamentos para el tratamiento dentro del país?
- ¿Están los servicios de ITS conectados al asesoramiento y a otros servicios relativos al VIH/SIDA?

Estrategia de prevención técnica 4: Seguridad de la sangre

El diseñar estrategias e intervenciones para promover la seguridad de la sangre en países en desarrollo requiere que los planificadores y administradores del programa entiendan los muchos factores que influyen en las prácticas de comportamiento, que son una dificultad que hay que superar. Los factores a considerar incluyen:

- Nivel de conocimientos acerca de los principios básicos y conceptos, como la donación voluntaria de sangre
- Impacto del VIH, virus de la hepatitis C (VHC) en la selección de donantes
- Necesidad de una tecnología apropiada
- Percepciones de la sociedad y el comportamiento en cuanto a la donación de sangre
- Voluntad política
- Organización de servicios de transfusión de sangre
- Cambio de comportamiento dentro del sistema de entrega, como la reducción de transfusiones innecesarias de sangre
- Necesidad de métodos de capacitación
- Necesidad de capacitación en la atención de salud en todo el sistema
- Conexión de las pruebas y asesoramiento voluntarios con la seguridad de la sangre

Un suministro de sangre fiable y seguro está todavía fuera del alcance en muchos países. La transmisión por transfusión sanguínea del VIH representa hasta el 10 por ciento de las infecciones en países con recursos limitados. La gran mayoría de estas infecciones se pueden prevenir:

- Reduciendo las transfusiones innecesarias mediante el uso clínico eficaz de la sangre;
- Educando, fomentando, reclutando y reteniendo a donantes de sangre de bajo riesgo; y
- Realizando una detección de toda la sangre donada en búsqueda de agentes infecciosos.

Muchos países han logrado avances, muchas veces con recursos limitados, para asegurar un suministro de sangre que sea adecuado y de menor riesgo.

Preguntas clave de implementación para la seguridad de la sangre

- ¿Hay un servicio nacional de transfusión de sangre?
- ¿Hay servicios adicionales en el sector privado y no gubernamental? En este caso, ¿se coordinan bajo una política nacional?
- ¿Tiene el personal de servicio a cargo de las transfusiones de sangre, la capacitación adecuada para prestar y mantener servicios de alta calidad?
- ¿Hay en funcionamiento un sistema de garantía de calidad?
- ¿Hay un programa de donación voluntaria de sangre?
- ¿Hay donantes "profesionales" de sangre? Si es así, ¿existen programas para disminuir su número?

Estrategia de prevención técnica 5: Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)

Ver la sección de "Temas de la ECR en la implementación de estrategias técnicas de atención y apoyo."

Estrategia de prevención técnica 6: Prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH)

Las estrategias para reducir la TMH incluyen la prevención primaria de la infección por el VIH entre las mujeres, la planificación familiar, la intervención antirretroviral, el uso restringido de procedimientos obstétricos invasivos durante el parto vaginal y la presentación de opciones para la alimentación infantil.

Se ha demostrado que un número de regímenes antirretrovirales, incluidos zidovudina y nevirapina a corto y largo plazo, son eficaces y seguros en el tratamiento de la TMH. El ONUSIDA, la OMS y el UNICEF han recomendado que la prevención de la TMH se incluya en el programa mínimo de atención para las mujeres que viven con el VIH/SIDA, con el tipo de régimen de antirretrovirales determinado de acuerdo a las circunstancias locales (ONUSIDA 2000).

Pero la terapia antirretroviral en la prevención de la TMH puede ser un desafío para los países debido a la disponibilidad limitada de la atención prenatal y las infraestructuras y servicios de salud materna; la falta de conocimientos de la transmisión del VIH y la infección por el VIH en mujeres embarazadas; y la falta de desarrollo de los servicios de pruebas y asesoramiento voluntarios, incluyendo la integración limitada a los sitios de TMH, el cumplimiento de toma a largo plazo de los antirretrovirales, el mantenimiento de las opciones de alimentación infantil y la atención irregular para las madres que viven con el VIH/SIDA.

La ampliación del acceso al asesoramiento, a las pruebas, a los servicios de planificación familiar y a la atención prenatal y postnatal, junto con la adaptación de prácticas obstétricas y la introducción de la terapia antirretroviral, pueden dar lugar a una gran demanda en las clínicas prenatales y establecimientos de maternidad. La atención prenatal será la primera área afectada, seguida por la atención postnatal, debido a que los bebés nacidos de madres que viven con el VIH/SIDA necesitan recibir más atenciones. Se sentirán más los efectos en las pruebas del VIH y en el monitoreo de la infección por el VIH y la terapia antirretroviral, y se necesitará trabajo extra de los laboratorios. Los países deben considerar la eficacia en función de los costos de esta intervención basada en los niveles de predominio.

La determinación de implementar o no la prevención de la TMH a gran escala es compleja. Las siguientes consideraciones pueden ayudar a los administradores de programas y a los planificadores a tomar decisiones acerca de las intervenciones de TMH:

- La eficacia en función de los costos de la intervención basada en el nivel de predominio (la eficacia en función de los costos se ha cuestionado en los niveles de predominio del VIH de menos del 10 por ciento).
- El estado del sistema de salud existente y de los servicios de salud materno infantil.
- Consideraciones en cuanto a los riesgos asociados con las varias opciones de alimentación infantil.
- Las actitudes de la comunidad hacia las mujeres que viven con el VIH/SIDA.
- Creencias culturales sobre parto, lactancia y planificación familiar.

Preguntas clave de implementación para la prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH)

- ¿Hay un atención prenatal y un servicio de maternidad adecuados y en funcionamiento en cada distrito?
- ¿Tienen las mujeres acceso a estos servicios?
- ¿Hay acceso a las pruebas y asesoramiento voluntarios confidenciales?
- ¿Existen provisiones de seguimiento para la atención clínica de calidad y servicios de apoyo para las madres infectadas y sus hijos?
- ¿Existen servicios disponibles donde las personas puedan tener acceso a ellos?
- ¿Existe capacidad local para implementar las pruebas y asesoramiento voluntarios y la TMH?
- ¿Hay apoyo de laboratorio para la TMH?
- ¿Hay suministros protegidos y con regularidad de los medicamentos?
- ¿Hay servicios de atención y apoyo con base en la comunidad?

Estrategia de prevención técnica 7: Reducción del daño

Hay evidencia de que las epidemias ocasionadas por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables se pueden prevenir, retrasar e incluso revertir en países en desarrollo y desarrollados, implementando estrategias específicas de reducción del daño, que incluyen:

- Alcance a los grupos paritarios con base en la comunidad;
- Mayor acceso a equipos esterilizados de inyecciones;
- Mayor acceso al tratamiento de fármaco dependencia, en particular la metadona (Ball 1998).

En los lugares donde se han tomado medidas eficaces para detener la epidemia del VIH entre los UDI, ningún elemento eficaz se ha hallado por sí solo. Los programas integrales, basados en los principios del desarrollo de la comunidad y que operan en ambientes de apoyo que incluyen el acceso a la asistencia social y a la atención primaria

de salud (incluidos programas de farmacoterapia/rehabilitación), son componentes clave de estrategias exitosas. El mayor acceso a agujas y jeringas esterilizadas es crucial para que tenga éxito un programa de prevención contra el VIH para los UDI.

La prevención del VIH dirigida a los UDI es más eficaz y menos costosa si se implementa tempranamente, en condiciones ideales antes de que el VIH se haya introducido en la población o antes de que se propague en forma amplia, p.ej., en exceso del 5 por ciento (Rodees y col. 1999). Una vez que el predominio del VIH llegue al 10 por ciento, puede sobrepasar el 50 por ciento en sólo cuatro años. Cuando se ha establecido un predominio alto, se puede sostener por varios años, a pesar de que hay algunos ejemplos en los que la epidemia se revirtió (Strathdee y col. 1998).

Preguntas clave de implementación para la reducción del daño

- ¿Qué políticas están establecidas (aplicación de la ley, salud pública) para los programas de reducción del daño?
- ¿Cuál es la disponibilidad de agujas y jeringas?
- ¿Están proporcionando las ONG/OC servicios de extensión para los usuarios de drogas?
- ¿Qué programas/servicios (sector privado/público) existen para la rehabilitación de los usuarios de drogas incluida la sustitución de drogas?
- ¿Cuáles son las conexiones entre los trabajadores sexuales y los UDI?
- ¿Hay algunas redes/grupos de UDI que proporcionan servicios?
- ¿Hay algunas redes de ONG/OC que trabajan con los UDI?
- ¿Cuáles son las conexiones entre el tratamiento de drogadictos/servicios de rehabilitación, programas de extensión y servicios generales de salud? ¿Hay un sistema de remisión establecido?
- ¿Qué programas de prevención del uso de drogas existen?
- ¿Cómo percibe la comunidad en general a los UDI?

Estrategia de prevención técnica 8: Reducción del estigma

El estigma relacionado con el VIH/SIDA continúa creando percepciones y configurando el comportamiento de las personas que viven con el VIH/SIDA, que pueden obstaculizar las intervenciones de prevención. El desarrollo de políticas para combatir la discriminación es crucial para cualquier programa de prevención del VIH. La reducción del estigma es tanto un interés de los derechos humanos como un tema de salud pública. El estigma tiene efectos en muchos niveles diferentes:

- **Prevención.** En el ámbito social, el estigma puede causar que el público destinatario perciba a aquellos con o en riesgo de contraer el VIH/SIDA como los otros o ellos perpetuando nociones de que tal epidemia "no podría sucederme a mí". Los programas de CCC pueden dar lugar a que el público rechace los mensajes de prevención del SIDA cuando no se aborda el estigma. En el ámbito individual, ignorar el estigma puede hacer que las personas decidan no buscar las pruebas y asesoramiento voluntarios u otra atención médica, incluida la atención con respecto a la transmisión de madre a hijo.
- **Calidad de la atención.** El estigma puede perpetuar las prácticas negativas entre los proveedores de atención de salud, como guardar secretos, negligencia y el tratamiento deficiente a las personas que viven con el VIH/SIDA. Una campaña de CCC dirigida al aumento de la demanda de servicios pudiera no ser eficaz, debido en parte a la calidad de atención deficiente que enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA.
- **Política**. Es importante abordar el estigma para facilitar la aplicación de las leyes existentes y terminar con las leyes y prácticas discriminatorias.

Preguntas clave de implementación para la reducción del estigma

- ¿De qué maneras está el estigma impidiendo la prevención eficaz y las intervenciones para la atención?
- ¿Qué función puede desempeñar la CCC, las pruebas y asesoramiento voluntarios y otras intervenciones de prevención y atención para aliviar el impacto del estigma?
- ¿Qué contextos legales, políticos, de derechos humanos y de política existentes están relacionados con el estigma?
- ¿Hay políticas actuales para mejorar y proteger los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA?
- ¿Se presentó información con gran relieve dentro del país?
- ¿Desempeñan el hospital y los servicios de atención de salud una función en la perpetuación del estigma?

Temas de la ECR en la implementación de la atención técnica y las estrategias de apoyo

Se ha identificado cuatro necesidades interrelacionadas de las personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias: 1) necesidades médicas — p.ej., información sobre el tratamiento y el tratamiento mismo; 2) necesidades psicológicas — p.ej., apoyo emocional; 3) necesidades socioeconómicas — p.ej., ayuda física y apoyo a los huérfanos; 4) derechos humanos y necesidades legales — p.ej., acceso a la atención, protección contra la violencia y discriminación. A medida que progresa la infección por el VIH, cambian los servicios que se necesitan. La proporción de la atención integral a través del continuo — del hogar y la comunidad a los servicios institucionales y viceversa — asegurará que se satisfagan las necesidades de los clientes y sus familias.

En la gráfica de la parte superior de la siguiente página se esbozan las necesidades de atención y apoyo para las diferentes fases del VIH/SIDA. Cuando un individuo entra en el sistema de atención, es también imprescindible que un sistema activo y eficaz de remisión se halle funcionando, como se describe en la gráfica de la parte inferior.

Ocho intervenciones documentadas, de apoyo y atención eficaces en función de los costos se exploran en esta sección: las pruebas y asesoramiento voluntarios; el apoyo psicológico; la atención paliativa; el manejo clínico de infecciones oportunistas; la tuberculosis (TB); la atención domiciliaria; la atención para huérfanos y otros niños vulnerables (HNV); y la terapia antirretroviral (TAR).

Atención técnica y estrategia de apoyo 1: Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)

Las pruebas y asesoramiento voluntarios para el VIH se reconocen internacionalmente como una estrategia eficaz y fundamental tanto para la prevención como para la atención. La investigación realizada en Kenia, Tanzanía y Trinidad, por FHI en colaboración con el ONUSIDA, la OMS y el Centro de Estudios para la Prevención del SIDA de la Universidad de California en San Francisco, proporciona sólida evidencia de que las pruebas y asesoramiento voluntarios es una estrategia eficaz y costo eficaz para facilitar el cambio de comportamiento. Las pruebas y el asesoramiento voluntarios también se identificaron como un importante punto de partida para la atención y el apoyo. Estos hallazgos han aumentado el interés y apoyo en las pruebas y el asesoramiento voluntarios como un componente valioso de programas integrales relativos al VIH/SIDA en las organizaciones internacionales así como en los programas nacionales de SIDA de muchos países y donantes.

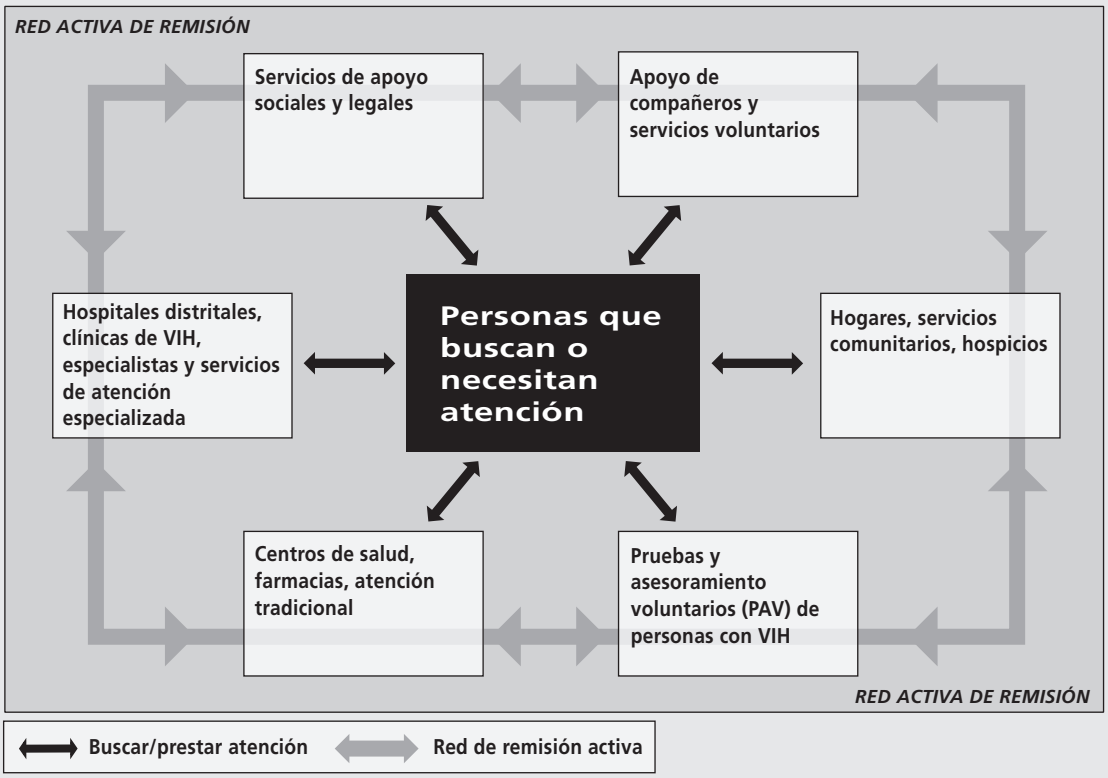
La barrera principal de las pruebas y el asesoramiento voluntarios es el miedo al estigma; las mujeres en particular pueden enfrentar violencia y pérdida de seguridad en la forma de refugio, alimentos y relaciones. Es en especial importante para esta población, asegurarse de que las pruebas se realicen y que se den los resultados sin romper la confidencialidad. Otras barreras son la falta de disponibilidad de fármacoterapias, de apoyo psicológico y de la atención clínica para las personas positivas al VIH. El asesoramiento en sí requiere intensidad de trabajo, capacitación y supervisión para asegurar su alta calidad.

Como punto de partida para la prevención y la atención, las pruebas y el asesoramiento voluntarios deben estar disponibles a mayor escala. El uso de pruebas sencillas y rápidas del VIH puede disminuir la pérdida del seguimiento de las pruebas y el asesoramiento voluntarios. Las lecciones aprendidas

Necesidades de atención y apoyo en diferentes fases del VIH/SIDA

Personas no infectadas	Personas expuestas	Personas que viven con el VIH	Personas que viven con el SIDA	Personas con enfermedades terminales y más
			Atención paliativa	
			Atención domiciliaria	
			Terapia Antirretroviral	
	Prevención de la transmisión de madre a hijo			
	Profilaxia después de estar expuestos			
	Infecciones oportunistas y enfermedades relacionadas Diagnóstico, tratamientos, terapias preventivas			
	Apoyo psicosocial y espiritual Individual y familiar, proveedores de atención de salud, aflicción, huérfanos			
Pruebas y asesoramiento voluntarios				
Prevención Servicios para las ITS, comunicación para el cambio de comportamiento, educación, precauciones universales...				

La importancia de un sistema activo de remisión



de la programación de las pruebas y el asesoramiento voluntarios hasta la fecha incluyen:

- Los sectores gubernamentales, no gubernamentales, comunitarios y privados pueden ofrecer las pruebas y asesoramiento voluntario.
- El **patrón de oro** de las pruebas y el asesoramiento voluntario sigue un régimen de pruebas antes del asesoramiento (siguiendo los deseos del cliente y después de que el consentimiento informado haya sido proporcionado), y pruebas después del asesoramiento (incluidas una o más sesiones, dependiendo de las necesidades del cliente). La evaluación individual del riesgo, la planificación de la reducción del riesgo y la preparación para recibir y aceptar los resultados de las pruebas son componentes integrales del asesoramiento antes y después de las pruebas.
- **Se puede aplicar una gama de modelos de prestación de servicios innovadores,** dependiendo del contexto. Éstos incluyen variaciones en la integración dentro de los servicios de salud existentes, servicios independientes y servicios ambulantes.
- El **modelo elegido debe tener en cuenta las consideraciones de costo** para garantizar servicios sostenibles. Los servicios sostenibles son todavía un desafío en muchas situaciones, especialmente en sitios no integrados donde donantes externos internacionales proporcionan los costos de inicio.
- Las pruebas y el asesoramiento voluntarios deben **estar disponibles y tener costos razonables** para aquellos con el más alto riesgo de contraer infección por el VIH o aquellos que se sospecha tienen enfermedades relacionadas con el VIH. Las pruebas y el asesoramiento voluntarios deben estar disponibles a los clientes que se puedan beneficiar al saber su seroestatus con respecto al VIH, incluyendo parejas, individuos y jóvenes.
- Los sitios en que se llevan a cabo las pruebas y el asesoramiento voluntarios necesitan tener **personal adecuado,** con individuos que hayan recibido **capacitación de alta calidad** en asesoría y prácticas de pruebas.
- Los administradores de los sitios en que se realizan las pruebas y el asesoramiento voluntarios deben ayudar al personal a mantener la alta calidad en los servicios, mantener al personal calificado y prevenir el agotamiento de los consejeros.
- Las pruebas y el asesoramiento voluntarios **para parejas** se deben fomentar y promover extensamente. La asesoría antes y después de las pruebas tiene beneficios significativos para enfocar la evaluación y la planificación de la reducción del riesgo, especialmente para las mujeres en países donde la desigualdad entre géneros es sustancial. Es también **eficaz en función de los costos** orientar en cuanto a las pruebas y el asesoramiento voluntarios a **parejas específicas.**
- El diseño de las pruebas y el asesoramiento voluntarios necesita orientarse a la promoción de servicios dentro de la planificación y el establecimiento de servicios de PAV de alta calidad. Esto incluye **identificar o fortalecer otros servicios de atención y apoyo, y redes de remisión de la comunidad y del hospital.**
- **Los servicios de las PAV deben adaptarse** al contexto único epidemiológico, de comportamiento y socioeconómico de cada país o situación. Los diseños también pueden tener en cuenta la r**educción del estigma** y las **intervenciones de la creación de la demanda.**
- Al aumentar proporcionalmente las PAV o desarrollar nuevos sitos de PAV, una **respuesta coordinada** de todas los interesados directos — incluyendo sociedades entre los donantes, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales — es esencial para asegurar la **estandarización de servicios** en términos de calidad de la atención y el apoyo ofrecido a los clientes y para evitar duplicar los servicios dentro de las regiones.
- Se deben establecer sistemas de **monitoreo y evaluación** desde el comienzo para los componentes tanto de asesoramiento como de las pruebas. Los protocolos de asesoría y de pruebas pueden variar de un programa a otro basándose en las metas y objetivos del programa. Cualquiera que sea el enfoque que se tome, las intervenciones de PAV se deben evaluar regularmente para determinar si se están proporcionando de acuerdo con el protocolo predeterminado y están satisfaciendo las necesidades del cliente.
- Los enfoques innovadores de las PAV deben responder a las necesidades específicas de un país. Éstos incluyen **servicios de PAV para**

adolescentes y la integración de prácticas de PAV dentro de los **sitios prenatales** que pueden emplear **sesiones de información a los grupos antes de las pruebas** en situaciones con una alta cantidad/volumen de clientes, como parte de una estrategia integral para la prevención de la transmisión de madre a hijo.

- **Las pruebas y el asesoramiento voluntarios es una intervención de salud pública**. Los gobiernos y los donantes necesitarán asumir algunos de los costos asociados con las PAV para asegurar el acceso más vasto posible.
- Las **políticas y estrategias** nacionales del VIH/SIDA necesitan asegurar la cobertura adecuada de los servicios de PAV y establecer pro pruebas y asesoramiento voluntarios visiones estándares nacionales de servicios de PAV.

Preguntas clave de implementación de las pruebas y el asesoramiento voluntarios

- ¿Cuál es el nivel actual de la cobertura y la provisión de servicios?
- ¿Cuáles son los comportamientos de salud actuales que quieren alcanzar las personas vulnerables?
- ¿Cómo saben las personas que existen los servicios de PAV?
- ¿Saben las personas cuáles son los beneficios de PAV?
- ¿Qué modelos de servicios de PAV están mejor diseñados para el contexto local?
- ¿Hay suficientes asesores capacitados?
- ¿Cuál es la capacidad para formar a los asesores?
- ¿Hay un manual estándar de capacitación en PAV?
- ¿Existen las instalaciones para que se puedan ofrecer los servicios confidenciales de PAV?
- ¿En qué grado están disponibles las atenciones básicas y servicios de apoyo a los que las PAV puedan proporcionar un punto de partida?
- ¿Existen organizaciones de carácter religioso que proporcionen PAV?

Atención técnica y estrategia de apoyo 2: Apoyo psicosocial

El asesoramiento continuo ayuda a que las personas acepten su estatus respecto al VIH y desarrollen una actitud positiva. Puede ser de ayuda el compartir información con parejas y miembros cercanos de la familia que también pueden participar en el asesoramiento. Por ejemplo, en Uganda, un estudio de 730 pacientes que recibieron asesoramiento a largo plazo halló que el 90 por ciento reveló su seroestatus a otra persona y que 85.3 por ciento se lo comunicó a parientes. Sin embargo, la revelación es todavía un proceso muy difícil. Otro estudio halló un nivel alto de aceptación de las personas VIH-positivas dentro de sus familias (79 por ciento) y comunidades (76 por ciento). (Coates y col., 2000). Las clínicas, escuelas o grupos de apoyo de la comunidad pueden proporcionar apoyo psicosocial.

Las personas que cuidan a otras personas también necesitan apoyo psicosocial. El cuidar de alguien con una enfermedad crónica grave es un desafío físico y emocional, incluso para el más dedicado cuidador. Esto es especialmente cierto para las enfermeras, asesores y cuidadores en el hogar, que proporcionan la mayor parte de la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA. Estos cuidadores también necesitan apoyo para ayudarlos a realizar bien sus tareas, evitar el agotamiento y seguir trabajando, libres de la infección por el VIH.

Preguntas clave de implementación para el apoyo psicosocial

- ¿Cuántos cuidadores están capacitados en el asesoramiento y están usando activamente sus aptitudes?
- ¿En qué estructuras existentes se puede ofrecer apoyo psicosocial?
- ¿Hasta qué grado están las personas que viven con el VIH/SIDA involucradas activamente en el apoyo de otras personas que viven con el VIH/SIDA?
- ¿Se movilizan estas personas a las comunidades para brindar apoyo?
- ¿Están las organizaciones de carácter religioso involucradas en prestar apoyo psicosocial?

Atención técnica y estrategia de apoyo 3: Atención paliativa

La atención paliativa se define como el control de los síntomas, el alivio del estrés, la continuación de la calidad de vida y la puesta de atención a los aspectos psicológicos de la enfermedad. Son apropiados en todas las fases de todas las enfermedades, no sólo durante una enfermedad terminal. En el caso del VIH/SIDA, a medida que progresa la enfermedad, se necesitará prestar mayor atención al alivio de los síntomas, al manejo del dolor y a la atención de las necesidades psicosociales. En la actualidad muchas personas infectadas carecen del acceso a servicios de atención paliativa y medicamentos. Los hospitales y el ambiente del hogar pueden proporcionar atención paliativa.

Preguntas clave de implementación para la atención paliativa

- ¿Hay programas de atención domiciliaria que complementen la atención hospitalaria?
- ¿Hay un sistema activo de remisión con clínicos y proveedores de cuidados paliativos en la comunidad?
- ¿Se movilizan a las organizaciones de carácter religioso?

Atención técnica y estrategia de apoyo 4: Manejo clínico de infecciones oportunistas y enfermedades relacionadas con el VIH

La mayor parte de las infecciones oportunistas se tratan con un diagnóstico rápido y un manejo apropiado. La tuberculosis es la enfermedad oportunista más importante asociada al VIH en los países en desarrollo y causa del 30 al 40 por ciento de las muertes en las personas que viven con el VIH/SIDA. Otras causas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el SIDA incluyen neumonía, candidiasis, infecciones de criptococosis, toxoplasmosis, herpes e infecciones comunes. Las intervenciones eficaces contra las infecciones oportunistas requieren no sólo del medicamento apropiado y de otros medicamentos, sino también de la infraestructura necesaria para diagnosticar la condición, monitorear la intervención y asesorar a las personas que viven con el VIH/SIDA.

Además del acceso a los medicamentos apropiados, el tratamiento de las infecciones oportunistas requiere de los servicios clínicos para la atención ambulatoria de pacientes y servicios hospitalarios para enfermedades graves. Los requerimientos de laboratorio se necesitan para el diagnóstico y seguimiento de ciertas infecciones oportunistas, como la tuberculosis, y las infecciones parasíticas y bacterianas. El potencial para ampliar el manejo clínico depende bastante de las restricciones de capacidad existentes, tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de los ambulatorios. Estos límites de capacidad se deben ya haber alcanzado en algunos países, dadas las pruebas actuales de que del 50 al 70 por ciento de las camas en algunos países africanos se usan para tratar enfermedades relacionadas con el VIH (Banco Mundial 1997).

Las intervenciones para prevenir las infecciones oportunistas pueden resultar en avances significativos de la esperanza y calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA. Se ha recomendado la cotrimoxazole para uso preventivo en las personas con síntomas de haber contraído el VIH, como parte de un paquete de atención mínima (ONUSIDA, abril 5 de 2000). Se usa ampliamente en los países en desarrollo, enumerado como un medicamento importante y de precio razonable. En dos estudios controlados aleatorios en la Costa de Marfil, la profilaxis con cotrimoxazole dio como resultado menos hospitalizaciones, enteritis, neumonía, isosporiasis, salmonella no tifoidea y septicemia que el uso de un placebo. En uno de los estudios hubo una reducción en la mortalidad (Anglaret y col. 1999). Si bien ha sido recomendada, la viabilidad de la implementación extendida del tratamiento de tuberculosis está todavía en sus primeras fases en muchos países, dada la colaboración intensiva entre el personal clínico de la tuberculosis y del VIH. Las pruebas y el asesoramiento voluntarios son considerados un punto de partida para proporcionar profilaxis a la tuberculosis, pero pocas personas tienen acceso a estos servicios o el incentivo para someterse a las pruebas.

La terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) sigue siendo la estrategia más eficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con las infecciones oportunistas, pero el tratamiento es complejo y no se halla ampliamente disponible en muchos países.

La OMS calcula que más de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales debido a los altos precios o los sistemas de suministro y distribución inadecuados. Para el VIH se requieren de medicamentos esenciales para proporcionar la atención adecuada a un número de

infecciones oportunistas y malignidades. A un nivel básico, estos medicamentos incluyen agentes antiinfecciosos y medicamentos paliativos. En el Módulo 7, Manejo del suministro de medicamentos y productos, se pueden hallar temas por considerar con respecto a la expansión de acceso a los medicamentos.

Preguntas clave de implementación para el manejo clínico de las infecciones oportunistas y de enfermedades relacionadas con el VIH

- ¿Cuál es la capacidad actual del sistema de salud para proporcionar esta atención?
- ¿Hay capacidad para tratar el SIDA pediátrico?
- ¿Hay programas de capacitación del manejo clínico de las infecciones oportunistas?
- ¿Tiene la mayoría de personas necesitadas acceso a esta atención?
- ¿Hay un suministro protegido de medicamentos para esta atención?

Atención técnica y estrategia de apoyo 5: Tuberculosis (TB)

La tuberculosis es una enfermedad importante que áreas gravemente afectadas por el VIH tienen como objetivo, debido a que la TB es curable. A pesar de que está agravada por la epidemia del VIH, la TB es una enfermedad infecciosa que no se mantiene confinada a los individuos VIH-positivos. Como una de las primeras infecciones oportunistas que aparecieron en las personas que viven con el VIH/SIDA, la TB puede ser la primera señal de la infección por el VIH. Tratar la TB ofrece la oportunidad de una intervención temprana contra el VIH.

La coordinación de los servicios de TB y VIH es importante cuando se tiene como objetivo la TB en países con un predominio alto de VIH. Esto se puede lograr maximizando la estrategia del tratamiento de ciclo corto directamente observado (TCCDO), estableciendo servicios de VIH en puntos de servicio de TB, incorporando el control de las actividades de TB dentro de los servicios de VIH, y abogando por una mayor coordinación de la TB y programas de VIH.

Estudios en países de pocos recursos sugieren que la profilaxis de la TB puede ser tanto eficaz en función de los costos como operativa (Brewer 1999). Se recomienda la terapia preventiva para la TB con isoniacida como una medida de conservación de la salud para las personas infectadas con el VIH en riesgo de contraer TB, como aquellas con una prueba cutánea VIH-positiva o que viven en áreas de TB endémica (OMS 1999).

Preguntas clave de implementación para la TB

- ¿Está el programa de TB conectado al programa relativo al VIH/SIDA?
- ¿Están los programas de TB dirigidos a poblaciones en prisión y poblaciones migratorias?
- ¿Tiene el programa de TB conexiones a las pruebas y asesoramiento voluntarios del VIH?
- ¿Hay conciencia pública sobre la relación entre la TB y el VIH, y su prevención?
- ¿Existen directrices estándares de capacitación para la TB a nivel de clínicas?

Atención técnica y estrategia de apoyo 6: Atención domiciliaria

Se define la atención domiciliaria como cualquier atención proporcionada a las personas que viven con el VIH/SIDA en el hogar o en un ambiente comunitario.

Esto puede incluir a personas en diferentes etapas. Por ejemplo, a las personas que están crónicamente enfermas en una etapa inicial o a aquellas en la fase terminal de la enfermedad. La atención puede ser prestada por personas de la familia, voluntarios capacitados o proveedores de atención y apoyo de la salud y social. La atención domiciliaria ha surgido en la última década como una estrategia valiosa para aliviar la tensión de hospitales, familias y comunidades, y proporcionar a las personas que viven con el VIH/SIDA con una mejor calidad de vida.

Generalmente los modelos de atención domiciliaria toman dos formas: programas de extensión hospitalaria/clínica y programas comunitarios. Los programas se pueden beneficiar al desarrollar componentes tanto hospitalarios como comunitarios. Estos servicios tienen como propósito prestar atención integral a los clientes en el hogar y reducir la necesidad de admisiones hospitalarias.

A pesar de que la atención domiciliaria tiene muchos beneficios, frecuentemente se ve limitada debido a su intensidad en cuanto al tiempo y a los

recursos. Como resultado, los programas de atención domiciliaria y los familiares encargados de la atención pueden no sentirse completamente apoyados. Los trabajadores de extensión pueden sentir el desafío para satisfacer las necesidades del cliente a medida que aumenta la cantidad de casos, reduciendo la frecuencia y duración de las visitas. Otras dificultades incluyen los costos y la duración del transporte. El trabajo de extensión es demandante y los trabajadores requieren capacitación apropiada y apoyo. En algunas áreas, voluntarios capacitados de la comunidad se han usado ampliamente como una conexión entre los cuidadores de la familia y el personal de extensión. Para la familia, cuidar a las personas que viven con el VIH/SIDA puede ser difícil. Los ambientes de atención pueden estar atestados de personas y empobrecidos. Esto plantea temas importantes con respecto a la posibilidad de ampliar los servicios de atención domiciliaria. Las alternativas de atención domiciliaria, como la atención en el hospicio y en centros de atención diurnos, no se han explorado en muchos países. Algunas organizaciones de carácter religioso pueden también desempeñar una función vital al prestar atención a las personas que viven con el VIH/SIDA.

Preguntas clave de implementación para la atención domiciliaria

- ¿Cuál es la capacidad que existe del sistema de salud para proporcionar esta atención?
- ¿Hay la capacidad para tratar con el SIDA pediátrico?
- ¿Hay programas de capacitación en el manejo clínico de las infecciones oportunistas?
- ¿Tienen acceso a esta atención la mayoría de las personas necesitadas?
- ¿Hay un suministro protegido de medicamentos para esta atención?

Atención técnica y estrategia de apoyo 7: Atención de huérfanos y otros niños vulnerables (HNV)

La experiencia indica que las respuestas multi-sectoriales, colaboradoras y coordinadas son esenciales a la atención de huérfanos y niños vulnerables. Mientras que hay un número exitoso pero relativamente pequeño y localizado de respuestas a la atención de los HNV, se necesita el desarrollo de la capacidad en las ONG y las organizaciones basadas en la comunidad para obtener una visión más amplia y atraer a más organizaciones en la atención de las OC.

A la fecha, las respuestas a la atención de los HNV han venido principalmente de mujeres que respondieron visitando casas de huérfanos, estableciendo proyectos para generar ingresos y enviando a los niños de regreso a la escuela. Adaptar y replicar muchas de estas iniciativas puede ayudar a proteger y apoyar a mayores números de niños vulnerables.

Aunque se necesiten más recursos, el momento oportuno de obtenerlos y la manera en que se proporcionen requieren mucha consideración. La asistencia financiera debe ser en respuesta a las acciones de la comunidad emprendidas con recursos locales. Este tipo de ayuda dirigida va mano a mano con el desarrollo de la capacidad de la comunidad.

Los esfuerzos para fortalecer la red de seguridad social que apoyan a los huérfanos y a los niños vulnerables requieren una gama compleja de intervenciones de desarrollo social. Estas intervenciones aumentan el acceso a los recursos y promueven su uso óptimo. También incluyen servicios sociales de apoyo, servicios de salud, educación y seguridad de los alimentos. Las poblaciones destinatarias incluyen hogares con niños como cabezas de familia, viudas, abuelos, huérfanos y jóvenes. La meta es desarrollar la capacidad de ser económicamente independiente.

Los sectores sociales clave para los programas de HNV incluyen:

- **El desarrollo del bienestar social /desarrollo de la comunidad.** Identifica a las familias vulnerables y evalúa materiales y otras necesidades de apoyo, y recursos tanto locales como externos. Se debe prestar atención especial a hogares con niños como cabezas de familia, familias con niños pequeños encabezadas por ancianos, familias con niños pequeños encabezadas por adolescentes, y recién nacidos que han sido abandonados. Los servicios de asesoramiento apropiados deben dirigirse a animar a las familias a cuidar a los niños afectados por el VIH/SIDA (en cooperación con el sector de la salud).
- **Microfinanzas.** Amplía el acceso a servicios de microfinanzas para mejorar la capacidad de los hogares y las comunidades de apoyar a las personas que viven con el VIH/SIDA y a los hogares afectados.
- **Trabajo.** Fortalece los esfuerzos para eliminar el trabajo de los niños como una estrategia preventiva

para proteger a los huérfanos y niños sin la atención adecuada de la familia para impedir la explotación económica. Se debe prestar atención especial a la capacitación de inspectores laborales y revisión de las leyes nacionales y políticas en conformidad con las convenciones internacionales del trabajo de menores.

- **Educación.** Considera la posibilidad de acelerar la acción para asegurar que la educación primaria universal esté disponible a todos los niños, independientemente de su situación social. Evalúa el impacto de la pandemia en cuanto al número y a la calidad de profesores y la posible reducción en los niveles de matrícula.
- **Salud.** Desarrolla la capacidad para llegar a los niños VIH-positivos con atención médica adecuada para aliviar el sufrimiento y proporcionar información a los adolescentes sobre la prevención de la infección y las acciones que pueden tomar para manejar el VIH.
- **Agricultura.** Evalúa el impacto de la pandemia en la productividad de las familias agrícolas; desarrolla programas de extensión encaminados a apoyar a los agricultores jóvenes; proporciona recursos humanos y asistencia técnica a las familias que cuidan de huérfanos y a las que están encabezadas por niños y adolescentes (en cooperación con bienestar social).

Preguntas clave de implementación para los HNV

- En la familia o en la comunidad, ¿hay potencial no explorado para acomodar al número cada vez mayor de huérfanos y niños vulnerables?
- ¿Hay líderes de la comunidad y grupos de apoyo, como organizaciones religiosas, grupos de jóvenes y mujeres y lugares de trabajo, sensibilizados y que se movilizan para abordar el tema de los huérfanos?
- ¿Hay una política nacional o local o hay estatutos para exonerar los costos escolares para los huérfanos y niños vulnerables?

Atención técnica y estrategia de apoyo 8: Terapia antirretroviral (TAR)

Con el uso de medicamentos antirretrovirales, el SIDA puede convertirse en una enfermedad crónica manejable, que da lugar a la restauración de la productividad económica y el funcionamiento social. Sin embargo, estos efectos sólo han ocurrido cuando los recursos están disponibles, logrando que los medicamentos sean asequibles, y donde exista la capacidad de servicios de salud que permitan su uso sostenible, seguro y eficaz. La implementación exitosa de la terapia antirretroviral requiere del uso de medicamentos, de los clientes y de un sistema de atención de salud.

Se deben establecer los servicios y establecimientos específicos antes de considerar introducir la terapia antirretroviral en cualquier entorno, debido al alto costo de los medicamentos antirretrovirales, la complejidad de los regímenes de los medicamentos y la necesidad de un monitoreo cuidadoso. Estos servicios incluyen:

- Acceso a las pruebas y asesoramiento voluntarios
- Capacidad de diagnosticar y monitorear las enfermedades e infecciones comunes relacionadas con el VIH
- Servicios de monitoreo de laboratorio, incluidas pruebas hematológicas y bioquímicas de rutina para la detección de la toxicidad del medicamento y el monitoreo de los parámetros inmunológicos y virológicos
- Recursos para pagar tratamientos a largo plazo
- Información y capacitación para los profesionales de la salud en el uso seguro y eficaz de la terapia antirretroviral
- Mecanismos reguladores para asegurar que los medicamentos se usen apropiadamente

Las lecciones aprendidas de la programación a gran escala incluyen:

- Se debe planificar e implementar la participación significativa de las personas que viven con el VIH/SIDA
- Los esfuerzos para tratar el estigma y la discriminación son parte integral de una mitigación exitosa
- La pertenencia de la atención a la comunidad y su apoyo es clave
- Las respuestas exitosas son las que están coordinadas y planificadas en todos los sectores

Preguntas clave de implementación para los antirretrovirales

- ¿Hay una estrategia convenida a nivel distrital y de provincia sobre los estándares para la terapia ARV: a quién tratar, cuándo tratar, qué régimen usar?
- ¿Están la atención integral y el apoyo a las personas con el VIH establecido y funcionando (pruebas y asesoramiento voluntarios, el manejo clínico de las enfermedades relacionadas con el VIH y terapias preventivas, atención paliativa, atención domiciliaria, apoyo social)?
- ¿Está el sistema de salud preparado para empezar con los antirretrovirales (personal clínico capacitado, laboratorios en funcionamiento para las pruebas del VIH, hematología, laboratorios para el funcionamiento del hígado, esputo, bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), CD4 o alternativos, sistema de manejo seguro de los medicamentos)?
- ¿Se han involucrado a las personas que viven con el VIH/SIDA, a los médicos privados y a los farmacéuticos en la sensibilización y capacitación de los antirretrovirales?

Lectura adicional

Anglaret X, Chene G, Attia A et al. 1999. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Cote d'Ivoire: a randomized trial. *Lancet*; 353: 1463–1468.

Ball A. 1998. Overview: Policies and Interventions to Stem HIV-1 Epidemics Associated with Injecting Drug Use. En G. Stimson, D. DesJarlais y A. Ball (eds.) *Drug Injecting and HIV Infection.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Brewer TE 1999. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection. *JAMA,* marzo 10, 1999; 281(10): 485–486.

Coates T, Grinstead O, Gregorich S et al. 2000. Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in Individuals and Copules in Kenya, Tanzania and Trinidad: A Randomized Trial. *Lancet*; 356(9224): 103.

Ghys P, Mah-Bi Guessman, Traore M et al. 1998. Trends in condom use between 1991 and 1997 and obstacles to 100% condom use in female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. Décima Segunda Conferencia Mundial del SIDA, Ginebra, junio 28–julio 3, 1998. Abstracto 33101.

Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D, 1998: *Sexual Health and Health Care: Care and Support for People with HIV/AIDS in resource-poor settings.* Londres: Departamento para el Desarrollo Internacional.

Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P. 1994. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994. 334: 243–245.

Marlink R, Ramanathan K, Coll-Seck A. Noviembre 12, 2000. Treatment now: For HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. Ponencia presentada en ¡África Ahora! Una conferencia cumbre para definir las prioridades africanas para el VIH/SIDA. Dais Ababa, Etiopía.

Osborne CM, van Praag E, Jackson H. 1997. Models of Care for Patients with HIV/AIDS. *AIDS 11* (Suppl. B): S135–41.

Rhodes T, Simson G, Crofts N, Ball A, Dehne K, Khodakevich L. 1999. Drug Injecting, Rapid HIV Spread, and the "Risk Environment." Implications for Assessment and Response. *AIDS 13* (Suppl. A): S259–69.

Steen R et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core group intervention. *Sex Trans Dis 2000.* 1: 1–8.

Strathdee SA, van Amerijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahow D. 1998. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*, 12 (Suppl A): S71–S79.

UNAIDS. Noviembre 1997. Conseling and HIV/AIDS, Best Practice Collection-Technical Update.

UNAIDS. 2000. Use of antiretroviral treatments in adults with particular reference to resource limited settings. (http: www.who.int.HIV_AIDS/WHO_HIV_2000.04/002.htm).

UNAIDS. Septiembre 8, 2000. Key elements in HIV/AIDS care and support. Proyecto del documento de trabajo. Ginebra: OMS/ONUSIDA.

UNAIDS. Octubre 25, 2000. Preventing Mother to Child HIV Transmisión. Los expertos técnicos recomiendan el uso de regímenes de antirretrovirales más allá de proyectos pilotos. Comunicado de prensa de ONUSIDA, Ginebra.

UNAIDS. Abril 5, 2000. ONUSIDA/OMS Hail Consensus on use of cotrimoxazole for prevention of HIV-related infections in Africa. Comunicado de prensa de ONUSIDA, Ginebra.

UNAIDS/Ministerio de Salud Pública, Tailandia. 2001. Going to Scale: From Pilot Project of National Responses. Reporte del 5º Taller Asiático, Bangkok, febrero 12–16, 2001. ONUSIDA Asia Pacific Regional Program, Bangkok, Tailandia.

Watts C, Kumaranayake L. 1999. Thinking big, scaling-up HIV-1 interventions in Sub-Saharan Africa. *Lancet* 354: 1492.

World Bank. 1977. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic.* Nueva York: Oxford University Press.

WHO. 1999. Policy Statement on Preventive Therapy Against Tuberculosis in People Living with HIV. WHO/TB/98.225; UNAIDS 98.34. Ginebra: OMS.

WHO. 2000. Use of antiretroviral treatments in adults with particular reference to resourse limited settings (http: www.who.int/HIV_AIDS/WHO_HIV_2000.04/002.htm).

Referencias de los HNV

Bruce J, Lloyd C, Leonard A. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers, and Children.* Nueva York: Population Council.

Budlender D (ed.). 1996. The Women's Budget. Cape Town: Instituto para la democracia en Sudáfrica.

Community Mobilization and AIDS. 1997. Technical Update. Ginebra: ONUSIDA.

Donahue J, Williamson J. 1996. D*eveloping Interventions to Benefit Children and Families Affected by HIV/AIDS: A Review of the COPE Program in Malawi.* Washington: USAID, Displaced Children and Orphans Fund.

Donahue J, Williamson J. 1999. *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS.* Washington: USAID Displaced Children and Orphans Fund.

Hunter S. 1999. *Building a Future for Families and Children Affected by HIV/AIDS: Report on a Two-Year Project for Care and Protection Programs for Children Affected by HIV/AIDS*. Nueva York: UNICEF/Child Protection División.

Hunter S, Williamson J. 1997. *Children on the Brink: Strategies to Support Children Isolated by HIV/AIDS.* Washington: USAID.

Hunter S, Williamson J. 2000. *Children on the Brink 2000.* Washington: USAID.

Mutangadura G, Mukurazita D, Jackson H. 1999. *A Review of Household and Community Responses to the HIV/AIDS Epidemic in the Rural Areas of Sub-Saharan Africa.* Ginebra: ONUSIDA.

UNAIDS, UNICEF: 1999. *Children Orphaned by AIDS: Front-line Responses from Eastern and Southern Africa*. Ginebra: ONUSIDA.

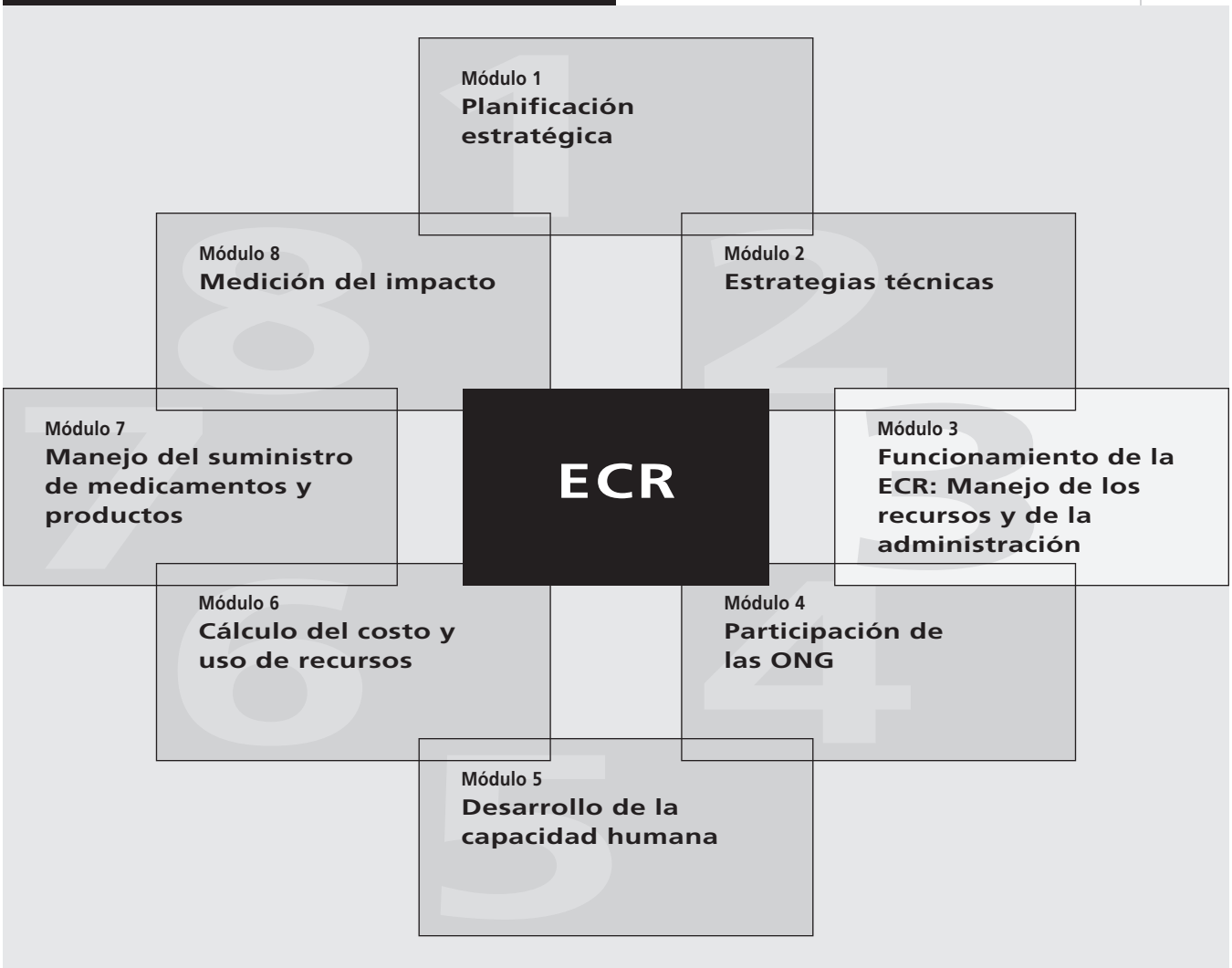
UNICEF. 2001. Principles to Guide Programming for Orphans and Other Vulnerable Children, anteproyecto 3. Nueva York: UNICEF.

Williamson J, Armstrong S. Action for Children Affected by AIDS: Programme Profiles and Lessons Learned. Nueva York y Ginebra: UNICEF y OMS.distribution suffisante des services CDV et fixer des normes nationales pour la prestation de ces services.

Módulo 3

Funcionamiento de la ECR: Administración y manejo

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Cómo se determinan las estructuras y los sistemas basándose en las necesidades locales?
- ¿De dónde vendrá el dinero?
- ¿Cómo se asegurará la responsabilidad?

Hay muchas preguntas complejas sobre la manera de implementar la ECR. Este módulo puede ayudar a los interesados directos a considerar temas clave para el diseño, la implementación y la evaluación de los programas relativos al VIH/SIDA. El Módulo 3 está diseñado para facilitar el diálogo entre los interesados directos y proporcionar las herramientas necesarias para la toma de decisiones al implementar los programas de la ECR al VIH/SIDA. Este módulo:

- Presenta principios rectores para la administración y el manejo de recursos en la ECR para el VIH/SIDA.
- Trata sobre los aspectos de la descentralización de la planificación, financiamiento y programación.
- Explora el tema de los mecanismos de transferencia de recursos para apoyar la ECR.
- Trata sobre los sistemas de manejo de recursos y la responsabilidad.
- Examina las respuestas administrativas y de manejo en los niveles comunitarios, locales, provinciales y centrales.
- Trata sobre la integración del VIH/SIDA dentro de los programas de desarrollo.
- Estudia la réplica de las mejores prácticas y modelos.
- Presenta preguntas clave a los interesados directos sobre la implementación de los aspectos operativos de la ECR.
- Proporciona ejemplos de estudios de casos de la puesta en práctica de una ECR.
- Proporciona referencias y recursos para la lectura adicional.

Principios rectores

Hay principios clave para guiar a los interesados directos en la toma de decisiones sobre cómo implementar la ECR en sus ambientes. Dos áreas clave — el gobierno participativo y la responsabilidad por los recursos y resultados — son importantes para considerar en el desarrollo de mecanismos administrativos y de manejo de recursos nuevos e innovadores.

Principios rectores para la administración y el manejo de recursos en la ECR para el VIH/SIDA

Gobierno participativo:

- Asegurar la participación plena del gobierno, del sector privado y la sociedad civil, incluyendo a la juventud, a las personas que viven con el VIH/SIDA y a las mujeres, en todos los aspectos del gobierno, diseño e implementación de la ECR.
- Basar las estructuras administrativas y el manejo de recursos de la ECR en las prioridades determinadas localmente en asociación con los expertos.

Responsabilidad de los recursos y resultados:

- Asegurar la responsabilidad plena por los recursos, transparencia y eficacia.
- Usar un enfoque orientado a los resultados seleccionando objetivos claros para medir el éxito.
- Asegurar que los fondos se transfieran mediante mecanismos eficientes, responsables y descentralizados con el mínimo de burocracia.

Descentralización de la planificación, financiamiento y programación

Los gobiernos diseñan e implementan programas descentralizados en todo el mundo en desarrollo. Frecuentemente estos programas incluyen reformas estructurales importantes, especialmente en los sectores de salud y educación que son cruciales para implementar los programas relativos al VIH/SIDA. El aspecto principal de la reforma es la transferencia de autoridad y responsabilidad, por los programas de planificación y financiamiento, del nivel central a las autoridades del distrito menos centralizadas para establecer sistemas de prestación de servicios que sean tanto eficaces en función de los costos como equitativos.

En respuesta a la iniciativa de descentralización, los donantes internacionales están modificando sus enfoques apoyando los programas de enfoque sectorial (SWAP), en el que los gobiernos y los donantes internacionales trabajan juntos para diseñar e implementar un plan estratégico. Los SWAP tienen

Preguntas clave de implementación para la descentralización

- ¿Cuál es el estatus de la descentralización en el país?
  - ¿Hay un plan de descentralización aprobado por el gobierno?
  - ¿Se está transfiriendo la autoridad de tomar decisiones a los funcionarios del distrito?
  - ¿Se están transfiriendo recursos a los distritos para la programación local?
- ¿Qué oportunidades y desafíos ofrece el programa global de descentralización para el diseño y la implementación de la ECR?
- ¿Está el país descentralizando su respuesta al VIH/SIDA?
  - ¿Tienen poder las autoridades locales para manejar los recursos del VIH/SIDA?
  - ¿Están las autoridades locales trabajando con sus socios — las organizaciones no gubernamentales (ONG) — para implementar la ECR en los niveles locales y comunitarios?
  - ¿Están las personas que viven con el VIH/SIDA incluidas en el diseño e implementación del programa?

como propósito mejorar la eficacia y el impacto de la asistencia al desarrollo combinando recursos y asistencia técnica en apoyo de un plan estratégico común. El concepto de los SWAP se está aplicando a las necesidades de salud, educación y agricultura en muchos países pobres en recursos.

La ECR puede mejorar y fortalecer estos enfoques descentralizados de los gobiernos y entidades que proporcionan financiamiento. Los principales sectores involucrados en la planificación y financiamiento de los servicios descentralizados incluyen a los de la salud y la educación de un país en particular.

Sistemas descentralizados sectoriales para apoyar la ECR

Hay muchos sistemas descentralizados sectoriales que pueden apoyar la ECR, incluidos:

- La planificación estratégica en los niveles nacionales, estatales y distritales
- Los mecanismos para facilitar la transferencia de fondos a la comunidad

Preguntas clave de implementación para la ECR y los SWAP

- ¿Se están planificando o implementando los SWAP en su país?
  - ¿En el sector salud?
  - ¿En el sector educación?
  - ¿En otros sectores?
- ¿Está dentro de la tendencia general de los planes sectoriales la facilitación de intervenciones del VIH/SIDA?
  - ¿Están los recursos de los SWAP asignados a programas relativos al VIH/SIDA?
- ¿Qué oportunidades y/o desafíos ofrecen los SWAP a la implementación de la ECR?

- Los sistemas de manejo financiero y administrativo
- Los sistemas de manejo de información de salud
- El desarrollo de la capacidad humana
- La mayor capacidad técnica, de organización y operativa de los sectores público y privado
- El mejor manejo de medicamentos, y suministro y uso de productos
- La movilización y participación de la comunidad
- Las asociaciones públicas-privadas mejoradas

En la siguiente gráfica se ofrecen sugerencias de la forma óptima para tratar ocho prioridades de implementación de la ECR.

Al desarrollar maneras de optimizar la implementación de la ECR para los ocho mecanismos, los interesados directos y los planificadores pueden considerar las siguientes directrices:

- Se debe diseñar el plan de la ECR en un marco de trabajo organizativo que incluya la planificación estratégica de participación y manejo. Debe definir las acciones a tomar, los recursos que se requieran y los resultados esperados.
- Los interesados directos deben invertir recursos suficientes y esfuerzos para desarrollar un sistema de manejo financiero y administrativo para monitorear el flujo de recursos de la ECR del nivel nacional al local. El establecimiento y el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas son muy importantes.
- Concordar con respecto a una metodología para monitorear y evaluar los resultados es crucial en el diseño de una ECR descentralizada. Cuando sea posible, se pueden usar los sistemas de información del manejo de la salud y las

Sistemas descentralizados sectoriales para apoyar la ECR	
Mecanismo de implementación	**Optimizar la implementación de la ECR**
Voluntad política y apoyo	■ Se requiere liderazgo político, religioso y del sector privado para crear un ambiente favorable para la ECR ■ Asambleas nacionales obligan a los líderes a rendir cuentas de sus acciones ■ Grupos de apoyo de la sociedad civil obligan a los líderes a rendir cuentas de sus acciones
Planificación estratégica	■ Apoyo conjunto para el plan estratégico nacional/estatal del VIH/SIDA (planes de tres a cinco años) ■ Dirigir el VIH/SIDA a la tendencia general de los planes sectoriales estratégicos ■ Apoyo conjunto para los planes estratégicos distritales multisectoriales del VIH/SIDA (planes de uno a dos años) ■ Estructuras de asociaciones para el manejo estratégico del plan; la implementación y el monitoreo deben ser adaptados a diferentes prioridades de intervención (los programas para los trabajadores de sexo pueden requerir una red de las ONG, mientras que los programas de las pruebas y asesoramiento voluntarios pueden requerir de un modelo de asociación pública y privada) ■ Establecer el criterio para la descentralización de los recursos del programa para el VIH y las responsabilidades ■ Onectar la planificación estratégica al ciclo presupuestal
Sistema de manejo financiero y administrativo	■ Coordinar el manejo de los recursos con el sistema de seguimiento del financiamiento común y/o coordinado de todas las fuentes ■ Crear y/o fortalecer un sistema coordinado para monitorear los recursos que apoyan la implementación de la descentralización por los socios públicos y privados ■ Implementar auditorías periódicas ■ Tomar acción legislativa para asegurar la ubicación de recursos en los niveles nacional, estatal y local para los programas del VIH
Sistema de monitoreo y evaluación de la información	■ Apoyo y financiamiento conjuntos del marco de trabajo del monitoreo y la evaluación para la respuesta nacional, estatal y local al VIH/SIDA ■ Equipos de evaluación de múltiples socios para realizar revisiones conjuntas
Sistemas de mejora de la calidad	■ Sistemas de administración de la mejora de la calidad, incluyendo supervisión de apoyo, revisiones de la calidad del rendimiento y sistemas de auto monitoreo
Servicios legales	■ Contratación de servicios con el sector privado y las ONG
Obtención y distribución de bienes y servicios	■ Combinación y/o coordinación de recursos para la adquisición de productos ■ Combinación y/o coordinación de recursos para la obtención de asistencia técnica ■ Logística simplificada/integrada y sistemas de distribución
Mecanismos de rendición de cuentas	■ Mecanismos de rendición de cuentas de la sociedad civil (p.ej., Transparency International) ■ Unidades de anticorrupción gubernamentales (Auditor General, Ministerio de Finanzas, Asamblea Nacional) ■ Programas de anticorrupción con socios internacionales.

encuestas de salud estandarizadas, a pesar de que el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación unificado de la ECR es ideal. El enfoque del monitoreo y de la evaluación está más dirigido a la medida y al monitoreo del resultado, y a los indicadores de impacto que a la observación de los indicadores del proceso.

- El diseño de una ECR requiere de la obtención de medicamentos, suministros médicos y otros productos. Los interesados directos deben desarrollar y apoyar mecanismos eficientes y beneficiosos de obtención, como la compra en grandes cantidades. Muchos países tienen sistemas de distribución paralela dirigidos por las ONG y/o los sectores privados que se pueden tomar en cuenta para el apoyo de la inversión internacional.

Preguntas clave de implementación para optimizar la aplicación de la ECR

- ¿Han incluido las empresas, las organizaciones de carácter religioso y las ONG, el VIH/SIDA en la "tendencia general" de sus planes estratégicos?
- ¿Han acordado los socios usar un sistema de monitoreo común y un marco de trabajo de evaluación para valorar el progreso?
- ¿Cuáles son las áreas críticas de la estructura de manejo — salud y otros sectores — que se deben fortalecer para que la ECR tenga éxito?

Mecanismos de transferencia de recursos a escala nacional para apoyar las ECR

A medida que los países se preparan para establecer una ECR, deben considerar mecanismos innovadores para la transferencia de recursos a los programas de campo. Algunos gobiernos han desarrollado el Fondo de Acción para la Reducción de la Pobreza (PRAF), como en Uganda, o el Fondo de Respuesta al VIH/SIDA, como en Ghana. Mientras que el PRAF es generalmente parte del presupuesto general del gobierno, puede ser diseñado para asegurar que los recursos se dirijan a las unidades de aplicación de la descentralización en los niveles de distrito y de subdistritos, y algunas veces puede proporcionar recursos directamente a las ONG descentralizadas y a los socios del sector privado. La confiabilidad de los mecanismos de transferencia de recursos afecta la capacidad del gobierno de implementar la ECR y de atraer apoyo y recursos externos adicionales.

Manejo de recursos y sistemas de rendición de cuentas

En este momento no existen ejemplos específicos de la experiencia particular de los países con respecto a la rendición de cuentas del financiamiento de programas relativos al VIH/SIDA; sin embargo, a medida que se movilizan más fondos para los programas relacionados con el VIH/SIDA, la rendición de cuentas se torna en una preocupación creciente. Los gobiernos establecen rutinariamente unidades independientes de anticorrupción a el nivel nacional. Además, los grupos de la sociedad civil y sus socios internacionales han diseñado e implementado programas de anticorrupción en algunos países. Se puede mejorar mucho la rendición de cuentas con la aplicación simultánea de programas de anticorrupción por el gobierno, la sociedad civil y los socios internacionales.

Los grupos de la sociedad civil están desarrollando mecanismos de rendición de cuentas para complementar los esfuerzos de anticorrupción del gobierno en algunos países. La Red de Deudas de Uganda estableció equipos de monitoreo de la pobreza (PMT), Transparency International (TI), una organización que enfoca la anticorrupción, se halla activa en más de 77 países. Los capítulos nacionales de TI están en el centro del movimiento global de anticorrupción y trabajan para diseñar estrategias nacionales de anticorrupción cabildeando a los gobiernos, educando a los medios de comunicación y reuniendo a las personas preocupadas de la corrupción en sus países.

La respuesta en el ámbito administrativo y de manejo a la ECR

La respuesta en el ámbito administrativo y de manejo a la ECR se examina en cuatro niveles diferentes: la comunidad, distrital/local, estatal/provincial/ y nacional/central.

Respuesta en el ámbito de la comunidad

Una de las mayores limitaciones para el uso de las intervenciones del VIH/SIDA es la facilidad de acceso. Se pueden alcanzar resultados positivos importantes trasladando las intervenciones a lugares más cercanos a las poblaciones destinatarias e involucrándolas activamente en la prestación de servicios. Las metodologías de descentralización y del desarrollo participativo, como el aprendizaje

participativo para la acción (PLA), ofrecen oportunidades nuevas para el establecimiento de asociaciones entre los proveedores de servicios y las comunidades. Los socios clave en el ámbito de la comunidad incluyen a líderes tradicionales y religiosos, a las ONG, a las organizaciones comunitarias, a comités comunitarios y a asociaciones de desarrollo de la comunidad. Dentro de estas nuevas asociaciones, las comunidades pueden esforzarse por:

- Identificar y resolver problemas;
- Fortalecer asociaciones innovadoras entre sectores de servicios de salud y educación, y programas comunitarios;
- Aumentar el acceso a intervenciones en áreas de alto riesgo y suministrar productos indispensables a los proveedores capacitados;
- Ampliar los sistemas de remisión; y
- Desarrollar asociaciones multisectoriales para prestar intervenciones integradas.

Muchos países están desarrollando estructuras comunitarias (o desarrollando las existentes) para apoyar las intervenciones del VIH/SIDA; siendo un ejemplo los Comités de Coordinación de Ayuda al SIDA (CACC).

Respuesta en el ámbito distrital/local

La respuesta en el ámbito de distrito representa una estrategia operativa crítica, especialmente en países con un predominio del VIH que va en aumento, debido a que da prioridad al suministro de intervenciones por parte de los interesados directos locales. Una respuesta en el ámbito de distrito debe:

- Establecer una unidad coordinadora o grupo en misión especial intersectorial de distrito con la visión común de movilizarse en acción contra el VIH/SIDA.
- Realizar un análisis de la situación en todo el distrito para movilizar a los interesados directos y ayudar a organizar la información para la planificación estratégica.
- Desarrollar un plan estratégico en todo el distrito que dé prioridad a las intervenciones para las poblaciones específicas, que defina las responsabilidades sectoriales, que desarrolle los recursos necesarios de prestación de servicios y que claramente esboce los resultados que se esperan.

Preguntas clave de implementación para responder en los ámbitos de la comunidad y del distrito/local

- ¿Se pueden realizar rápidamente las intervenciones en los ámbitos de distrito y de la comunidad mediante estructuras administrativas existentes, o la ECR requiere de una reestructuración gubernamental y no gubernamental para asegurar su éxito?
- ¿Están las estructuras del distrito en funcionamiento (por ejemplo, los grupos en misión especial del VIH/SIDA) para movilizar a los socios de los sectores público y privado para desarrollar una respuesta eficaz?
- ¿Tiene el distrito la capacidad para implementar y apoyar las metodologías de activación de la comunidad?

- Permitir a los distritos que reciban y manejen los recursos que puedan ser transferidos a los ejecutores locales comunitarios.
- Asegurar que los coordinadores de distrito de SIDA sean responsables del monitoreo y la evaluación del impacto de los recursos.

Respuesta en el ámbito estatal/provincial

En muchos países, el gobierno del estado o de la provincia sirve como una estructura intermediaria de gobierno entre los niveles nacionales y distritales. Los funcionarios en el ámbito del estado/provincia tienen varios grados de responsabilidad para la planificación, la ubicación de recursos y para asegurar los resultados. La siguiente gráfica esboza algunas de las aptitudes que se pueden fortalecer en los ámbitos distritales/locales y estatales/provinciales.

Respuesta en el ámbito central/nacional

Un componente crítico en el desarrollo de una ECR es el establecimiento y el fortalecimiento de un cuerpo coordinador nacional del VIH/SIDA. Este cuerpo debe tener autoridad institucional independiente que esté directamente conectada con las oficinas políticas más altas del gobierno.

Un cuerpo nacional coordinador del programa relativo al VIH/SIDA puede ayudar al Ministerio de Finanzas a establecer conexiones estratégicas para asegurar que los programas relativos al VIH/SIDA formen parte de la tendencia general de los

Respuesta en el ámbito estatal/provincial	
Aptitudes de organización y manejo	**Aptitudes técnicas**
■ Desarrollo de los sistemas de organización y manejo	■ Planificación estratégica
■ Facilitación ■ Resolución de conflictos/organización del equipo	■ Intervenciones técnicas para el programa relativo al VIH/SIDA y para los huérfanos y otros niños vulnerables (HNV) y enfoques de implementación
■ Manejo financiero	■ Monitoreo y evaluación
■ Movilización de la comunidad	■ Metodologías de participación

Fuente: Project Concern International 1998.

programas de desarrollo y de los programas sectoriales. El Ministerio de Finanzas puede también ser responsable por mantener programas sectoriales responsables de lograr resultados. Es importante que los cuerpos de coordinación nacionales tengan la capacidad de implementar y conducir procesos de planificación estratégica, análisis de las políticas, diseñar enfoques operativos para la prestación de servicios y establecer un centro de intercambio de información.

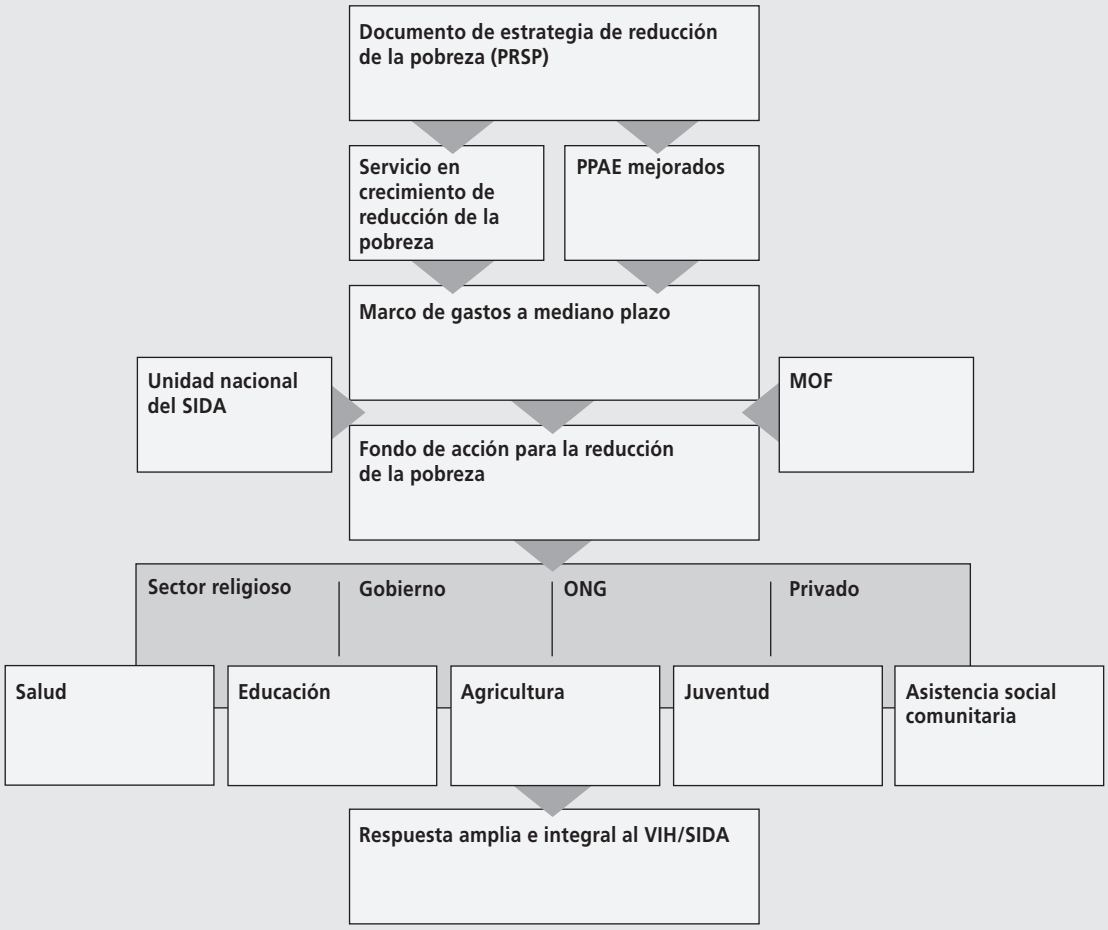
Incorporación del VIH/SIDA en la tendencia general de los programas de desarrollo

Los interesados directos reconocen las oportunidades para movilizar los recursos y asegurar un compromiso político para combatir la crisis del VIH/SIDA. En algunos países africanos, los interesados directos trabajan para definir y llevar a cabo la incorporación de la respuesta al VIH/SIDA en la tendencia general de los programas de desarrollo. Uno de los objetivos clave es usar recursos de alivio de la deuda para ampliar la respuesta. Se deben considerar las siguientes acciones prioritarias al incorporar el VIH/SIDA en los programas de desarrollo.

- Hacer del VIH/SIDA una prioridad super sectorial e incorporarlo en la tendencia general de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza (PRSP) o los documentos internos de estrategia de reducción de la pobreza (IPRSP). El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) están ayudando a los gobiernos a desarrollar PRSP integrales, que se requieren para los programas de préstamos y las iniciativas de alivio de la deuda del Banco Mundial y del FMI. El FMI implementa su programa de préstamo más importante mediante un Acuerdo de Facilidad para el Crecimiento y Reducción de la Pobreza (PRGF), mientras que el Banco Mundial implementa sus préstamos a través de la Asociación de Desarrollo Internacional (IDA).
- Completar los planes nacionales estratégicos del VIH/SIDA. Es necesario asegurarse de que estos planes establezcan claramente sus metas, las metas de rendimiento, acciones prioritarias y presupuestos requeridos.
- Asegurarse de que los programas de alivio de la deuda, especialmente aquellos bajo la iniciativa mejorada de los Países Pobres Altamente Endeudados (PPAE), contengan compromisos importantes a las metas de rendimiento contenidas en los PRSP y en los planes estratégicos nacionales contra el VIH/SIDA.
- Integrar completamente las respuestas al VIH/SIDA y a los huérfanos y otros niños vulnerables en el marco de gastos a mediano plazo (MTEF).
- Establecer un mecanismo de transferencia de recursos para asegurar que los ejecutores de la descentralización de los sectores público y privado puedan hacer uso óptimo de los ahorros presupuestarios del alivio de la deuda y otras fuentes.

La gráfica anterior esboza la incorporación en la tendencia general del VIH/SIDA en los programas de desarrollo.

Incorporación del VIH/SIDA en los instrumentos de desarrollo



Preguntas clave de implementación para la incorporación del VIH/SIDA en los programas de desarrollo

¿Ha sido incorporado el VIH/SIDA en la tendencia general de los siguientes instrumentos nacionales de desarrollo como una prioridad supersectorial?

- ¿En el Plan/Programa Nacional de Desarrollo?
- ¿En el Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP)?
- ¿En el Marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas (UN)?
- ¿En el Marco de Desarrollo Común del Banco Mundial?
- ¿En el Marco de Gastos a Mediano Plazo (MTEF)?

Reproducción de las mejores prácticas y modelos

Un desafío importante que enfrentan los países que han empezado a luchar contra el VIH/SIDA es cómo identificar, difundir y reproducir eficazmente las mejores prácticas y modelos para los distritos y las comunidades. Para reproducir las mejores prácticas, se han propuesto las siguientes acciones del enfoque de la ECR:

- Seleccionar grupos de comunidades de alto rendimiento y programas distritales o grupos que ofrezcan los mejores ejemplos de una ECR. Los sitios modelo deben acordar convertirse en centros de capacitación y demostración para su país y/o región.
- Pedir a los interesados directos que inviertan en los sitos modelo y que los transformen en centros de aprendizaje de la ECR.

- Usar los centros de aprendizaje de la ECR para capacitar a los grupos para aplicar los conceptos en sus comunidades y programas locales.

Preguntas clave de implementación para reproducir las mejores prácticas y modelos para la ECR

- ¿Hay algún mecanismo nacional o provincial para identificar y reproducir las mejores prácticas para una respuesta al VIH/SIDA?
- ¿Existen organizaciones que son parte de la redes de contacto de las ONG que puedan asumir la responsabilidad para la transferencia de recursos y la rendición de cuentas de las ONG descentralizadas? ¿Cómo se pueden fortalecer estas organizaciones de subvención?

Preguntas clave para que una ECR sea operativa

La siguiente es una lista de preguntas clave a considerar por los administradores de programas y los planificadores cuando quieran hacer operativa una ECR. Esta lista recopila todas las preguntas clave de aplicación de este módulo.

Preguntas clave de implementación para que una ECR sea operativa — 1

Descentralización

¿Cuál es el estatus de la descentralización en el país?

- ¿Existe un plan de descentralización aprobado por el gobierno?
- ¿Se está descentralizando la autoridad que toma las decisiones a los funcionarios distritales?
- ¿Se están transfiriendo recursos a los distritos para la programación local?

¿Qué oportunidades y desafíos ofrece el programa global de descentralización para diseñar e implementar la ECR?

¿Está descentralizando el país su respuesta al VIH/SIDA?

- ¿Tienen las autoridades locales la facultad para manejar los recursos del VIH/SIDA?
- ¿Están trabajando las autoridades locales con sus socios, las organizaciones no gubernamentales (ONG), para implementar la ECR en los ámbitos locales y comunitarios?
- ¿Están las personas que viven con el VIH/SIDA incluidas en el diseño e implementación del programa relativo al VIH/SIDA?

La ECR y los SWAP

¿Se están planificando o implementando los SWAP en su país?

- ¿En el sector salud?
- ¿En el sector educación?
- ¿En otros sectores?

¿Se están incorporando las intervenciones relativas al VIH/SIDA en la tendencia general de los planes sectoriales?

¿Se han asignado recursos de los SWAP a los programas relativos al VIH/SIDA?

¿Qué oportunidades y/o desafíos ofrecen los SWAP en la implementación de la ECR?

Mejora de la implementación de la ECR

Las empresas, las organizaciones de carácter religioso y las ONG, ¿han incorporado el VIH/SIDA en la tendencia general de sus planes estratégicos?

¿Han acordado los socios realizar un monitoreo común y tener un sistema de evaluación para medir el progreso?

¿Cuáles son las áreas críticas de la estructura de manejo (salud y otros sectores) que se deben fortalecer para tener éxito?

Preguntas clave de implementación para que una ECR sea operativa — 2

Respuestas en el ámbito comunitario y distrital/local

¿Pueden las estructuras administrativas existentes implementar rápidamente las intervenciones en los niveles distritales y comunitarios o la ECR requiere una reestructuración gubernamental y no gubernamental para asegurar resultados exitosos?

- ¿Están establecidas las estructuras distritales (por ejemplo, grupos en misión especial para el VIH/SIDA) para movilizar a los socios de los sectores públicos y privados para desarrollar una respuesta eficaz?
- ¿Tiene el distrito la capacidad para implementar y apoyar las metodologías de activación de la comunidad?

Incorporación del VIH/SIDA en la tendencia general de los programas de desarrollo

¿Ha sido incorporado el programa relativo al VIH/SIDA, como una prioridad supersectorial, en la tendencia general de los siguientes instrumentos nacionales de desarrollo?

- ¿En el Plan/Programa Nacional de Desarrollo?
- ¿En el Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza?
- ¿En el Marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas (UN)?
- ¿En el Marco de Desarrollo Común del Banco Mundial?
- ¿En el Marco de Gastos a Mediano Plazo?

Reproducción de las mejores prácticas y modelos para la ECR

Hay algún mecanismo nacional o provincial para identificar y reproducir las mejores prácticas para una respuesta al VIH/SIDA?

¿Pueden las organizaciones que forman las redes de contacto de las ONG asumir la responsabilidad para la transferencia de recursos y la rendición de cuentas de las ONG descentralizadas? ¿Cómo se pueden fortalecer estas organizaciones de subvención?

Lectura adicional

Apuuli DK. 2000. Debt-for-Aids: Uganda's Experience. Reunión satélite sobre la asociación en contra del SIDA en África (IPAA). 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA. Durban.

Cassels A. 1996. Aid instruments and health systems development: an analisis of current practice. *Health Policy and Planning* 11 (4): 354–68.

Cassels A. 1997. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements*. Ginebra: OMS.

Cassels A, Janovsky K. 1998. Better Health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *Lancet* 352: 1777–79.

Decosas J. Febrero/Marzo 2000. The local response to HIV in Africa: a question of scale. *AIDS Analysis Africa* 10(5).

Harrold P and Associates. 1995. The Sector Approach to Investment Lending: Sector Investment Programs. Documento de trabajo #302: Africa Technical Department Series. El Banco Mundial.

Hunter SH. 2000. Reshaping Societies *HIV/AIDS and Social Change: A Resource Book for Planning, Programs, and Policy Making*. New York: Hudson Run Press.

Ministerio de Salud, República de Zambia. Mayo 1997. Policy Guidelines on the Preparation of Health Sector Support Project Documents for All Cooperating Partners in Support of the Health Sector.

Pervilhac C, Kipp W, Babikwa D, et al. Julio 1998. The District Response Initiative (DRI): Missing Link in HIV/AIDS Control, A Situation Analysis in Uganda. 12ª Conferencia Internacional del SIDA.

Peters D, Chao S. 1998. The Sector-wide Approach in Health: What is it? Where is it leading? I*nt J Health Plann Mgmt.* 13: 177–90.

Project Concern International. Diciembre 1998. Evaluation of District HIV/AIDS Task Forces in Zambia. Reporte a la USAID.

Slutkin G. 2000. *How Uganda Reversed its HIV Epidemic*. Documento #23118. American Public Health Association.

Taylor-Ide D, Taylor CE. Febrero 1995. Community-based Sustainable Human Development: A Proposal for Going to Scale with Self-Reliant Social Developement.

Uganda AIDS Commission. Mayo 2000. Summary of Recommendations for Mainstreaming the HIV/AIDS Response into the Poverty Eradication Action Plan (PEAP) and the Poverty Action Fund (PAF).

UNAIDS. Mayo 1999. Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS. Ginebra: ONUSIDA.

UNAIDS. Mayo 2000. *The International Partnership Against AIDS in Africa. A Framework for Actino.* Ginebra: ONUSIDA.

UNAIDS. Sin fecha. *Resource Guide for Theme Groups: Working Together on HIV/AIDS*. Ginebra: ONUSIDA.

UNAIDS/WHO. Noviembre 1999. *District Response Initiative. A Practical Guide to Implement an Expanded Response to HIV/AIDS at the Local Level*. Ginebra: ONUSIDA/OMS.

United States General Accounting Office. Junio 2000. Debt Relief Initiative for Poor Countries, Faces Challenges. GAO/NSIAD–00–161. Washington: GAO.

WHO/SHS/83.6. Community Involvement in Health Systems for Primary Health Care. Un reporte que recomienda políticas específicas y acciones para promover y apoyar la implementación de la participación de la comunidad en los sistemas de salud para la atención primaria de la salud con información de fondo sobre la movilización de la comunidad. Ginebra: WHO/SHS.

Estudios de caso

Estudio de caso 1: La creación de grupos distritales de estudio del VIH/SIDA en Zambia

En 1997, la República de Zambia comenzó a transferir los Programas relativos al VIH/SIDA, ETS, TB y Lepra (NASTLP) del sector gubernamental de salud al sector múltiple del National HIV/AIDS Council and Secretariat (NHAC/S). La misión era movilizar el desarrollo de la capacidad multisectorial en cinco distritos — Livingstone, Lusaka, Kitwe, Nchelenge y Ndola — en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación del programa. Se incluyó el apoyo limitado para la política nacional y para la transición al NHAC/S.

Los socios distritales del sector gubernamental de salud y las ONG expresaron la necesidad de mejorar la colaboración como una prioridad para fortalecer los programas relativos al VIH/SIDA. Las metas fueron desarrollar modelos para la colaboración intersectorial en la programación y la movilización de recursos, y sostener los cuerpos de colaboración emergentes ("grupos de estudio" o DTF) para convertirse en autoadministrados y autosostenibles.

Se involucraron tres pasos en el desarrollo intersectorial de los DTF en Zambia.

Pregunta #1 del estudio de caso en Zambia

¿Qué aptitudes del personal a nivel distrital deben tener prioridad para guiar mejor a los DTF?

Respuestas posibles:

- Aptitudes estratégicas de planificación en el desarrollo de sistemas de organización y administración.
- Aptitudes de facilitación.
- Aptitudes para la resolución de conflictos y formación de equipos para las intervenciones técnicas y enfoques de implementación de los programas relativos al VIH/SIDA y los huérfanos y otros niños vulnerables.
- Aptitudes de manejo financiero.
- Aptitudes de monitoreo y evaluación
- Aptitudes de movilización de las comunidades y metodologías participativas

- **Paso 1:** Formar y organizar los DTF intersectoriales, incluidas las aptitudes en aumento de los miembros de los DTF, para el desarrollo de sistemas organizativos y administrativos.
- **Paso 2:** Aumentar la capacidad técnica de los miembros de los DTF para planificar, implementar, monitorear y evaluar intervenciones del VIH/SIDA y aquellas desarrolladas mediante el enfoque de los DTF.
- **Paso 3:** Realizar mejoras en el ambiente social y político que apoyan a las iniciativas de los DTF.

Pregunta #2 del estudio de caso en Zambia

¿Qué puntos clave y retos resultaron del desarrollo del DTF?

Respuestas posibles:

- Fue un reto ayudar a los socios a separar las prioridades individuales de organización para enfocar en forma conjunta las necesidades y prioridades identificadas en el programa relativo al VIH/SIDA, y trabajar en equipo para administrar las intervenciones de alta calidad.
- Se necesita el aporte financiero y técnico para crear equipos intersectoriales sostenibles y funcionales.
- a creación de funciones iguales en la sociedad entre el DTF y una agencia externa de asistencia técnica fomentó la propiedad por los miembros del DTF y movió el DTF de ser una agencia de implementación dependiente de los donantes hacia un mecanismo de propiedad local para coordinar una respuesta distrital.
- Se necesita un liderazgo nacional fuerte para los programas relativos al VIH/SIDA y para asegurar que la descentralización no debilite los esfuerzos de las comunidades, cause fragmentación o resulte en la pérdida de oportunidades para compartir en el ámbito nacional las lecciones aprendidas y alcanzar economías a escala.
- as organizaciones socios de los DTF adquieren niveles apropiados de capacidad en las cuatro áreas principales de desarrollo de la capacidad (técnica, administrativa, financiera y política), ayudándolos a mejorar la prestación de servicios relativos al VIH/SIDA.

Estudio de caso 2: El desarrollo de una ECR administrativa y de una estructura de manejo de recursos en respuesta al Programa de Préstamos del Banco Mundial en Kenia

El gobierno de Kenia ha declarado al VIH un desastre nacional, y ha establecido el Consejo Nacional de Control del SIDA (NACC) que elaboró un Plan Estratégico Nacional para el VIH/SIDA. Los objetivos del Consejo son movilizar los recursos y proporcionar un marco para el liderazgo y su implementación a todos los niveles.

Los objetivos del Plan Estratégico Nacional de Kenia para el VIH/SIDA son:

- La detención, estabilización y reducción de el predominio del VIH/SIDA en 20 al 30 por ciento entre las personas de 15 a 24 años de edad para el año 2005;

Pregunta #1 del estudio de caso de Kenia

Basándose en la información presentada, ¿cuál piensa usted que es la función más importante en cada nivel de la estructura de la ECR para alcanzar los objetivos del Plan Nacional Estratégico del VIH/SIDA de Kenia?

Repuestas posibles:

NACC:

- La capacidad para establecer y guiar a asociaciones sólidas dentro del gobierno, el sector privado y la sociedad civil no gubernamental.

Las ACU:

- La capacidad técnica de diseñar y apoyar la implementación de intervenciones en sectores específicos.

PACC:

- La capacidad de ayudar a los distritos a implementar las mejores prácticas.

DACC:

- La coordinación del aporte de varios interesados directos para asegurar que las estrategias equitativas, de alta calidad y eficaces en función de los costos se ofrezcan a la población o poblaciones clave.

CACC:

- Movilizar a los líderes comunitarios para funcionar como “agentes de cambio” del VIH/SIDA en sus comunidades.

- El aumento al acceso de la atención y el apoyo para las personas infectadas;
- El fortalecimiento de la capacidad de coordinación y respuesta;
- El desarrollo de sistemas de manejo de información integrales; y
- El desarrollo apropiado de políticas para tratar con el estigma relacionado al VIH.

Además del NACC, se ha desarrollado lo siguiente para apoyar la ECR en Kenia:

- Unidades de Control del SIDA (ACU). Las ACU se establecerán en todos los ministerios y serán responsables de incorporar el VIH/SIDA a las funciones principales de los ministerios.
- Comités de Control del SIDA provinciales, distritales y de electorado (PACC, DACC, CACC). Estas unidades son responsables de coordinar la implementación de las actividades relativa al VIH/SIDA. Los CACC se iniciaron por acuerdo unánime de los miembros del Parlamento para permitirles ser agentes de cambio para su electorado.

La siguiente gráfica resume la estructura que se propuso para Kenia.

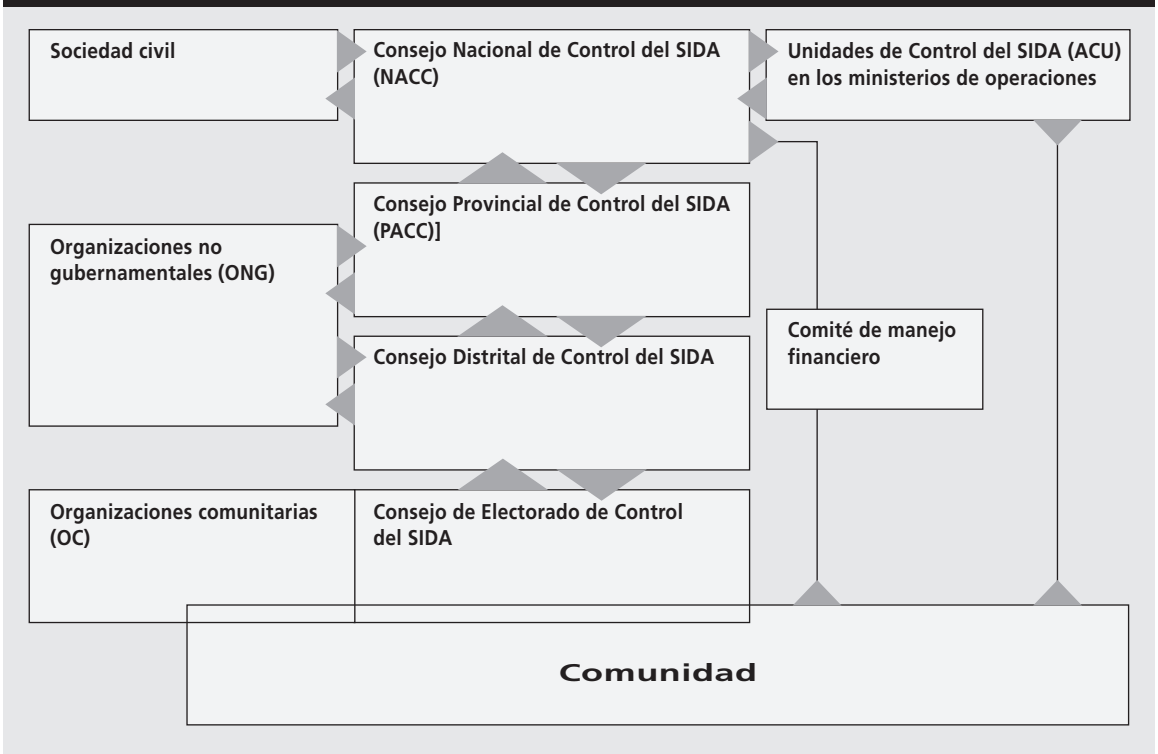
Estudio de caso 3: La incorporación del VIH/SIDA en la tendencia general de los instrumentos de desarrollo en Uganda

La Iniciativa de los Países Pobres Altamente Endeudados (PPAE), emprendida en 1996, fue el primer enfoque multilateral para reducir la deuda externa de los países más pobres y más endeudados. El principal objetivo de la iniciativa de los PPAE es dirigir la deuda de un país a niveles sostenibles (sujetos al desempeño satisfactorio de la política) para asegurar que los esfuerzos de ajuste y reforma no sean puestos en peligro por la alta deuda ni por la carga del servicio a la deuda.

Uganda fue el único país en África al sur del Sahara que se benefició del mecanismo original de alivio de la deuda de los PPAE. La Iniciativa de Cologne de 1999 mejoró significativamente el marco original de la Iniciativa de los PPAE, que es más profunda, más amplia y más rápida. Hasta la fecha, 33 países de África están participando en la Iniciativa de los PPAE mejorada.

El gobierno de Uganda está ampliando su enfoque multisectorial para apoyar las iniciativas de prevención, los programas de atención y apoyo, y las intervenciones de mitigación del impacto. Como parte de este proceso, la Comisión del SIDA de

Estructura administrativa y de recursos de la ECR para Kenia



Pregunta No. 1 del estudio de caso de Uganda

?Que estrategias consideraria usar para incorporar el VIH/SIDA en el marco general de desarrollo de su pais?

Respuestas posibles:

- La incorporacion del VIH/SIDA como una prioridad suprasectorial en el Documento de Estrategia de Reduccion de la Pobreza (PRSP).
- La incorporacion del VIH/SIDA en el Programa de Desarrollo Nacional, el Marco Integral de Desarrollo del Banco Mundial y el Marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas.
- Priorizar la respuesta multisectorial del VIH/SIDA y HNV para recibir ahorros presupuestarios del alivio de la deuda, usando el Marco de Gastos a Mediano Plazo (MTEF) para monitorear los gastos.

Uganda está tratando de nivelar los recursos de alivio de la deuda de los PPAE para apoyar el Marco Nacional Estratégico del VIH/SIDA de Uganda.

Al incorporar el VIH/SIDA como una prioridad suprasectorial del Plan de Acción de Erradicación de la Pobreza (PEAP) de Uganda, todos los programas sectoriales pueden considerar desarrollar intervenciones del VIH/SIDA específicas al sector. Esto optimizaría la implementación de una respuesta multisectorial real. El dar prioridad al VIH/SIDA en el PEAP llevó al Ministerio de Finanzas de Uganda a incorporar el VIH/SIDA en el Fondo de Acción contra la Pobreza. En el MTEF del presupuesto de 2000–2002 de Uganda, se destinaron US$110 millones al apoyo de la ampliación de la respuesta nacional al SIDA. Antes de esto, el gobierno no proporcionaba recursos en el MTEF para estas prioridades.

Para tratar las áreas que requieren mejora en los esfuerzos gubernamentales de anticorrupción, muchos grupos de la sociedad civil están desarrollando mecanismos complementarios de rendición de cuentas. La Red de la Deuda de Uganda, una ONG independiente, estableció equipos de monitoreo de la pobreza (PMT) en el ámbito distrital para monitorear el uso de los recursos del PAF. Durante los dos últimos años, los PMT han identificado innovaciones de anticorrupción desarrolladas localmente. Por ejemplo, los directores de las escuelas primarias tienen la obligación de anunciar públicamente su presupuesto mensual para que todos los padres sepan qué recursos se destinaron a la escuela. Esta intervención redujo rápidamente la corrupción por parte de los directores que habían estado asignando inadecuadamente los recursos para el alivio de la deuda.

Pregunta #2 del estudio de caso de Uganda

¿Qué tipo de mecanismo usaría usted en su país para canalizar los recursos en los ámbitos del distrito y de la comunidad para apoyar la implementación de los programas relativos al VIH/SIDA?

Respuestas posibles (basadas en el modelo de Uganda):

- Para incorporar el Marco Estratégico Nacional del VIH/SIDA en la tendencia general del Fondo de Acción para la Pobreza (PAF), el gobierno está considerando la creación de la Subvención Condicional a la Iniciativa de Respuesta Distrital (DRI) bajo el Fondo de Acción para la Pobreza (PAF). La subvención está concebida para:
  - Proporcionar recursos limitados a la Administración del Distrito para el apoyo del funcionamiento eficaz de los Comités Distritales de Coordinación del SIDA (aproximadamente el 5 por ciento de los recursos).
  - Asignar recursos para las actividades sectoriales clave en el ámbito del distrito que no estén bajo las subvenciones condicionales en existencia (aproximadamente 10 por ciento de los recursos).
  - Distribuir recursos en el ámbito subdistrital (LV III) para apoyar las intervenciones comunitarias y complementar las intervenciones con base en los servicios que se realizarán mediante subvenciones condicionales de salud, educación y agricultura.

Question # 3 Etude de cas d'Uganda

¿Qué estrategias usaría o recomendaría usted para asegurar la rendición de cuentas de los recursos del VIH/SIDA en su país?

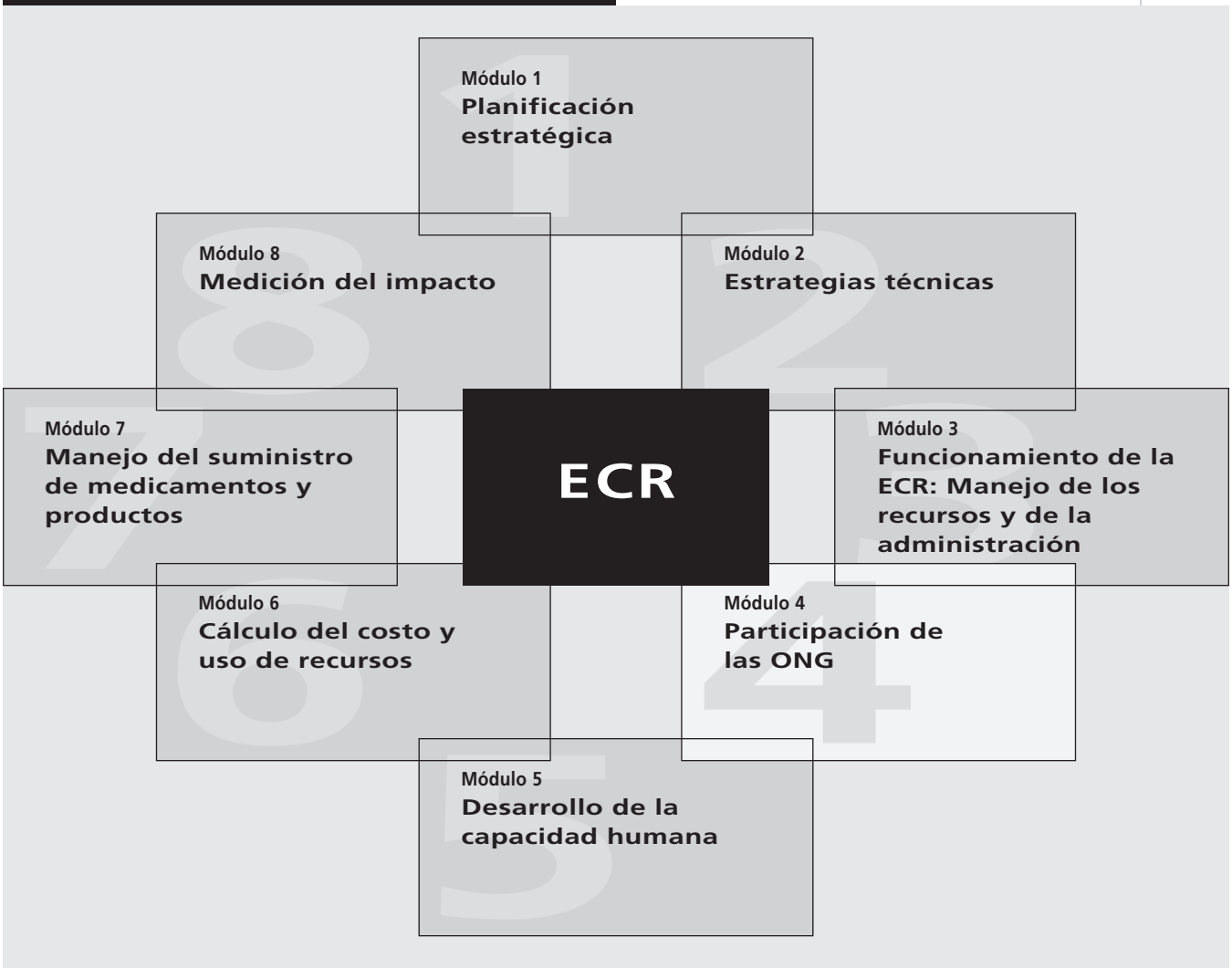
Respuestas posibles:

- Intervenciones gubernamentales de anticorrupción.
- Intervenciones de la sociedad civil de anticorrupción.

Módulo 4

Participación de las ONG

Elementos de una respuesta amplia e integral



Esta sección resume la publicación A Question of Scale?: The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organizations' HIV/AIDS Efforts in Developing Countries *por Jocelyn DeJong (Agosto 2001), disponible a través de International HIV/AIDS Alliance (www.aidsalliance.org) o del Population Council.*

Visión general

- ¿Cuál es el rol crítico de las ONG?
- ¿Cómo se pueden reproducir y mejorar los programas existentes?
- ¿Qué nuevos programas se necesitan crear?

Desde el inicio de la epidemia, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones comunitarias (OC) han desempeñado una función líder en el diseño y la emisión de programas contra el VIH/SIDA. Al desarrollar una ECR, las ONG deben esforzarse en resolver las preguntas complejas acerca de la reproducción y la mejor de los programas relativos al VIH/SIDA; incorporando nuevas intervenciones en los programas exitosos mientras se mantiene su calidad, integrando los programas relativos al VIH/SIDA en programas que no son del VIH/SIDA, y trabajando en red de forma eficaz con otras ONG y entidades gubernamentales.

El Módulo 4, Participación de las ONG:

- Describe los tipos de las ONG
- Trata sobre cómo conservar la ventaja comparativa de las ONG
- Presenta estrategias para que las ONG tengan un mayor impacto en el VIH/SIDA
- Trata sobre las relaciones de las ONG con el gobierno
- Describe cómo las redes de las ONG pueden apoyar una ECR
- Enumera preguntas clave de la participación de las ONG en la ECR
- Proporciona un estudio de caso sobre la participación de las ONG
- Proporciona referencias y fuentes para una lectura adicional

Tipos de ONG

Hay una variedad de ONG que son activas con respecto al VIH/SIDA, desde organizaciones pequeñas y locales hasta las más grandes que operan en el ámbito nacional. Las siguientes son diferentes categorías de ONG:

- Las ONG indígenas comunitarias, que empezaron y siguen siendo administradas por miembros de la comunidad. También se llaman organizaciones comunitarias u OC.
- Organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA.
- Las ONG indígenas establecidas y administradas por "desconocidos" a la comunidad.
- Las ONG internacionales, algunas veces denominadas organizaciones privadas voluntarias (PVO).

Cada una de estas organizaciones tiene un papel importante que desempeñar en la ECR, ya sea introduciendo nuevos elementos técnicos (como la atención domiciliaria), extendiéndose a nuevas áreas geográficas o incluyendo nuevas poblaciones destinatarias dentro de un área geográfica dada (clientes de trabajadores de sexo).

Conservación de la ventaja comparativa de las ONG

Las ONG que trabajan con el VIH/SIDA tienen ciertas ventajas sobre otros tipos de organizaciones de campo. Estas características, que no son compartidas por todas las ONG, incluyen:

- Las organizaciones con base real en el electorado están comprometidas a trabajar en sus comunidades.
- Son capaces de trabajar con grupos vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los usuarios de drogas inyectables (UDI), los inmigrantes ilegales, refugiados y personas desplazadas internamente.
- El tamaño pequeño de las ONG les permite ser flexibles, responder a la naturaleza en evolución constante de la epidemia, y cambiar rápidamente de dirección para adaptarse a las lecciones aprendidas.
- Debido a que las ONG están frecuentemente menos sobrecargadas por la burocracia que las organizaciones más grandes o contrapartes gubernamentales, las ONG pueden integrar su trabajo a través de las funciones más fácilmente, en vez de estar restringidas a un solo tipo de actividad.
- Su compromiso con la comunidad significa que las ONG frecuentemente proporcionan la única

Estrategias para ampliar el impacto de las ONG					
	Estrategia 1: Ampliación organizativa	**Estrategia 2: Catalizar a otras organizaciones**	**Estrategia 3: Difunsión de ideas**	**Estrategia 4: Influencia en la política y la legislación**	**Estrategia 5: Incorporación en el desarrollo**
Objetivos principales	Diversificar: ■ Área geográfica ■ Grupos sociales ■ Funciones	■ Ampliar la gama de servicios proporcionados	Difundir: ■ Conceptos ■ Enfoques ■ Tecnología	■ Influencia en el clima político	■ Legitimar, en general, la discusión del VIH/SIDA y la sexualidad
Tipo de organización que participa	■ Sólo la organización inicial	■ Gobierno ■ Sector privado ■ Otras ONG ■ Las OC	■ Cualquiera	■ Gobierno ■ Donantes	■ Todas las instituciones de desarrollo

respuesta sostenible a la epidemia y tienen más posibilidades de ofrecer atención y apoyo, así como actividades de prevención.

Los dos puntos más fuertes de las ONG en la prevención y atención del VIH/SIDA son: 1) las relaciones de confianza que se desarrollan entre electorados, y 2) los procesos de la toma de decisiones participativas. Estos puntos fuertes permiten a las ONG tratar asuntos delicados en la comunidad. Las relaciones que las ONG han desarrollado a través del tiempo son críticas para la implementación exitosa de la ECR. El desafío es ampliar la programación — tanto geográficamente como en términos del contenido — sin sacrificar estas relaciones clave.

Las intervenciones exitosas a gran escala de las ONG con respecto al VIH/SIDA nos han enseñado que alguna pérdida de notabilidad e integridad del proceso debe ocurrir para que haya expansión. Sin embargo, tanto la Organización de Apoyo al SIDA en Uganda (TASO) como el Proyecto del Grupo de Apoyo en Zimbabue demuestran que es posible desarrollar programas estandarizados y eficientes con suficiente flexibilidad para permitir la diversidad entre las diferentes comunidades. La pregunta principal que las ONG y los que planifican y trabajan con ellas deben formular es si pueden mantener la eficacia de la comunidad a medida que expanden su cobertura o servicios.

Estrategias para que las ONG aumenten su impacto en el VIH/SIDA

Una ONG puede lograr mayor impacto en muchos aspectos, incluyendo la expansión de sus operaciones; introduciendo o desarrollando tecnologías que se extiendan; desarrollando y usando enfoques que después otras ONG y/o los gobiernos adoptarán; influyendo en los cambios en el gobierno y políticas y acciones de los donantes; y adquiriendo y difundiendo el entendimiento del desarrollo.

— Robert Chambers, "Thinking about NGO Priorities", Institute of Development Studies, mayo 2, 1987.

El marco de estrategias para ampliar el impacto de las ONG se elaboró de experiencias similares en los programas de desarrollo. Los cinco tipos de estrategias que se presentaron pueden verse como un proceso continuo en el que la organización que inicia de la mejora del esfuerzo reduce su participación con el transcurso del tiempo.

Es importante observar que este marco no representa una evolución estricta de las organizaciones. Las ONG pueden usar varias de estas estrategias simultáneamente con diferentes tipos de programas del VIH/SIDA para responder apropiadamente a períodos de tiempo específicos, áreas geográficas o grupos de población. Además, la clasificación del proceso continuo no intenta mostrar una progresión

cronológica, debido a que las organizaciones individuales pueden decidir, después de evaluar su propia situación y entorno, que cualquiera de estas categorías amplias de mejora quizás sean el sitio más apropiado para empezar.

Estrategia 1: Expansión de la organización
La expansión de la organización, que puede ser la forma más sencilla de actividad de la ECR, refleja el esfuerzo de una organización antes que el esfuerzo para trabajar con otros. Aumenta en escala al alcanzar un número mayor de personas, grupos sociales o áreas geográficas, o ampliando las funciones de organización y las actividades. Esto puede incluir, por ejemplo, el desarrollo de un proyecto piloto que se amplía después a un área geográfica más grande, o abrir sucursales de la misma organización en lugares distintos.

Estrategia 2: Catalizar otras organizaciones
Esta estrategia se refiere a los esfuerzos de parte de una organización para proporcionar asistencia técnica y financiera a otras organizaciones dentro del mismo o de diferentes sectores. Esto se hace para influir en la naturaleza o el alcance de las intervenciones de otras organizaciones. Los esfuerzos de prevención podrían ser más eficaces si se incorporan a las infraestructuras existentes que ya operan a gran escala y en un rango de sectores. Las ONG pueden buscar usar y desarrollar servicios existentes para tratar el VIH/SIDA. El combinar las intervenciones del VIH/SIDA con su presentación en otros sectores, en vez mejorar independientemente las intervenciones individuales del VIH/SIDA, pueden reducir los costos y mejorar la eficiencia.

Estrategia 3: Difusión de ideas
La meta de la difusión de ideas es ampliar el impacto fomentando la adopción por parte de otras organizaciones de un concepto, enfoque o tecnología en particular. La difusión es más abstracta que las estrategias descritas previamente debido a que no implica ampliar o influir en programas específicos o actividades de una ONG, pero difundir ideas o metodologías. Un ejemplo de esta estrategia es el de una ONG que difunde el concepto de la educación de grupos paritarios o asesoría de la comunidad a otras organizaciones.

Estrategia 4: Influencia en las políticas y la legislación
Las ONG pueden buscar influir en las políticas de organizaciones donantes importantes, políticas gubernamentales o legislación. Esta estrategia podría tener un gran impacto en los esfuerzos de programación del VIH/SIDA. Las ONG pueden organizar esfuerzos para darle forma al debate público de un tema en particular, por ejemplo, contactar los medios de comunicación impresos y electrónicos para aumentar la comprensión de los determinantes sociales del VIH/SIDA. Las organizaciones también pueden buscar influir en la política y la legislación desarrollando una coalición y un intercambio de conocimientos, esforzándose así por aumentar las demandas colectivas de la sociedad civil al gobierno con respecto al VIH/SIDA.

Estrategia 5: Incorporación a la tendencia general del desarrollo
La incorporación a la tendencia general implica un esfuerzo para impregnar todos los sectores del desarrollo con preocupación y atención al VIH/SIDA y sus implicaciones. El objetivo es ampliar el enfoque sectorial estrecho al VIH/SIDA, atrayendo a los organismos y las organizaciones que toman decisiones en los sectores importantes y ampliar las áreas de implementación más allá del sector tradicional de salud. Un enfoque mayor de desarrollo en el VIH/SIDA también puede fomentar un entendimiento público mayor de los contextos sociales que ponen a los individuos en riesgo, como la pobreza y la falta de educación. Se puede también señalar la toma de conciencia de problemas menos palpables y más escondidos, como las relaciones de género injustas (incluyendo la dependencia económica de las mujeres en los hombres), el autoestima deficiente, o la falta de control de cómo y cuándo ocurren las relaciones sexuales (y la concepción).

Mejora de las relaciones entre el gobierno y las ONG en la ECR

La cooperación exitosa entre el gobierno y las ONG en la programación del VIH/SIDA depende de factores complejos, incluyendo el contexto político, la confianza mutua, el grado en que los gobiernos son receptivos a las ideas de las ONG, y los beneficios que las ONG perciben de interactuar más cercanamente con el gobierno. Un desafío específico es la tendencia

de los gobiernos y de las ONG de mirarse con suspicacia, lo cual entorpece las oportunidades para la colaboración. A medida que el predominio del VIH/SIDA crece rápidamente, haciendo que la necesidad de una ECR sea más urgente, aumenta la necesidad de colaboración. Sin embargo, el alto predominio del VIH no es una condición necesaria para que las asociaciones tengan éxito.

Se necesitan examinar los impedimentos a las buenas relaciones de trabajo. La incapacidad de los gobiernos para ser flexibles o innovadores en respuesta a las necesidades cambiantes de la comunidad puede ser frustrante para las ONG. Las ONG pueden sentir que tienen menos poder que el gobierno (dependiendo del contexto político), viéndose como "el socio menor" mientras que el gobierno lleva la voz cantante. Asimismo, el personal del gobierno puede estar receloso de trabajar con las ONG, que pueden verse como oportunistas, atraídas por los donantes, o representando los intereses de grupos específicos de la población en vez de los de una audiencia nacional mayor. La competencia en cuanto a los recursos, especialmente la financiación de los donantes, puede inhibir aún más la colaboración entre las ONG y el gobierno.

Hay ventajas tanto para los gobiernos como para las ONG de fomentar las asociaciones para incrementar el tamaño de la programación del VIH/SIDA:

- Mientras que los servicios del gobierno tienen una cobertura mayor a un costo relativamente menor, pueden carecer de un entendimiento de la dinámica de la comunidad y de los enfoques de los procesos, y, como resultado, ser demasiado entrometidos o directos. Basándose en su conocimiento y experiencia, las ONG pueden fomentar métodos más participativos en la programación del VIH/SIDA e influir en el contenido del programa.
- Los gobiernos y las ONG se pueden complementar mutuamente en términos del acceso a diferentes grupos poblacionales. De un lado, los gobiernos pueden tener acceso único o un mejor acceso a grupos, como los servicios uniformados o la juventud de la escuela, y pueden alcanzarlos en mayor escala que las ONG. De otro lado, los gobiernos pueden tener menor acceso a los grupos poblacionales que participan en actividades ilegales o estigmatizadas. Una ventaja comparativa de las ONG es su capacidad de trabajar con poblaciones que a menudo los gobiernos no pueden alcanzar.
- Frecuentemente las ONG son capaces de abordar temas sociales delicados, incrementando la legitimidad de estos problemas sociales y abriendo las puertas para una participación futura del gobierno. Sin embargo, la actividad de la ONG en algunas áreas relativas al VIH/SIDA, puede disuadir a los gobiernos de tratar estos problemas.

Se debe observar que las relaciones exitosas entre el gobierno y las ONG están lejos de ser un proceso de dirección única ya que requieren la cooperación de ambas partes. El satisfacer estos retos para una mayor cooperación entre el gobierno y las ONG en cuanto al VIH/SIDA es un factor crítico y puede dar buenos resultados. Por ejemplo, la colaboración exitosa entre el gobierno y las ONG puede ayudar a cambiar la política gubernamental de los programas relativos al VIH/SIDA, lo que a su vez, afectará los entornos en que operan las ONG.

El apoyo de la ECR con redes de las ONG

Las ONG pueden desempeñar una función importante en la ECR por su competencia en la implementación de paquetes de intervención para los esfuerzos del VIH/SIDA con base en la comunidad y con los huérfanos y otros niños vulnerables (HNV). Pero las ONG están limitadas debido a que la mayoría de sus programas son pequeños y están administrados a un costo relativamente alto. Se puede incrementar la capacidad para ampliar los paquetes de intervención estableciendo y fortaleciendo las redes de las ONG y organizaciones que conceden subvenciones a nivel de país. Las áreas específicas donde se puede desarrollar o mejorar la capacidad de las organizaciones que reciben subvenciones incluyen la aceptación y transferencia de recursos a una red grande de las ONG en todo un país, la asistencia técnica para administrar y llevar a cabo las intervenciones; y el monitoreo y la evaluación.

Según el estado de las redes de la ONG o de la organización que proporciona la subvención en un país dado, este último grupo puede tomar el liderazgo a medida que aumenta la competencia en un paquete de intervención específico o de un

Preguntas clave de implementación para la participación de las ONG en la ECR

El rol de las ONG en el diseño e implementación de la ECR

- ¿Tiene su país o área redes sólidas de ONG?
- ¿Tiene su país o área un mecanismo o mecanismos coordinadores de las ONG? ¿Son eficientes? ¿Cómo se pueden fortalecer aun más?
- ¿Ha trabajado usted con (o a través) de las ONG que han considerado la posibilidad de ampliarse?
- ¿Qué lecciones se aprendieron de áreas con éxito o de áreas para el mejoramiento en la ampliación de programas?
- ¿Existen las ONG amplias que puedan integrar el VIH/SIDA en sus otros programas de desarrollo?

Conservación de la ventaja comparativa de las ONG

- ¿Cuáles son las características más importantes de los programas de las ONG para conservar el diseño e implementación de la ECR?
- ¿Qué formas puede usted identificar para ayudar a conservar estas características?
- ¿Qué ideas pueden considerar y clasificar los socios externos para conservar las ventajas comparativas de las ONG?

Estrategias para ampliar el impacto de las ONG

- ¿Qué estrategias existen para ampliar el impacto de las ONG en los programas de prevención del VIH/SIDA? ¿Cómo se pueden clasificar en términos de importancia? ¿Programas de atención y apoyo? ¿Programas de tratamiento? ¿Programas para huérfanos y niños vulnerables?
- ¿Qué experiencia hay para implementar estar estrategias? ¿Qué estrategias tuvieron éxito? ¿Cuáles necesitan mejorar?

Optimización de las asociaciones de las ONG con el gobierno para apoyar a la ECR

- ¿Cómo caracterizaría usted las relaciones entre las ONG y el gobierno en su área? ¿Hay un ambiente favorable para las asociaciones sólidas de las ONG con el gobierno?
- ¿Qué mecanismos existen para promover la asociación y coordinación entre las ONG y el gobierno?
- ¿Cómo han mejorado y/o se han deteriorado las asociaciones entre las ONG y el gobierno durante los últimos dos a cinco años? ¿Qué lecciones se pueden aprender de estas experiencias?
- ¿Qué estrategias puede usted recomendar para optimizar las asociaciones entre las ONG y el gobierno para apoyar la ECR? Clasifique estas recomendaciones de acuerdo a sus posibilidades de éxito.

aspecto del paquete. Por ejemplo, una ONG puede asumir el liderazgo nacional al ampliar el acceso a las pruebas y asesoramiento voluntarios y puede desarrollar la capacidad de recibir y transferir fondos a una amplia gama de ONG y OC ejecutoras. A nivel comunitario, las ONG pueden formar redes para asegurar una cobertura geográfica más amplia para los servicios clave. Por ejemplo, una ONG que funciona con trabajadores de sexo puede hacer conexiones con otras ONG que proporcionan las pruebas y asesoramiento voluntarios y otros servicios de atención y apoyo.

Preguntas clave de implementación para la participación de las ONG en la ECR

La tabla anterior enumera las preguntas clave por considerar al diseñar maneras de fomentar la participación de las ONG en la ECR. Estas son preguntas importantes tanto para los planificadores como para las ONG.

Lectura adicional

DeJong J. Forthcoming. *A Question of Scale?: The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organizations HIV/AIDS Efforts in Developing Countries.* Horizons/Alliance, agosto 2001.

Horizons 2000. NGO Scaling Up Case-Studies. Anteproyecto preparado para Horizons y la International HIV/AIDS Alliance Seminar on Scaling Up. Windsor, England, septiembre 1–5, 2000.

International HIV/AIDS Alliance. Junio 2001. *Expanding Community Action on HIV/AIDS, NGO/CBO Strategies for Scaling Up.*

Estudio de caso — "Enfoque de transferencia conceptual" del Salvation Army para aumentar a escala

El Salvation Army es una organización internacional de carácter religioso e involucrada en la atención y el apoyo del VIH/SIDA. Para facilitar este trabajo, el Salvation Army desarrolló el proceso de transferencia conceptual para la ampliación de sus programas y servicios. Se basa en un enfoque de prevención integrado, con atención domiciliaria y prevención comunitaria, que empezó en 1987 en el Hospital Chikankata de Zambia. De 1990 a enero de 2000, el enfoque de transferencia conceptual ha sido usado en todo el mundo por el Salvation Army desarrollando 88 programas en 37 países, y alcanzando a unas cuatro millones de personas.

En este enfoque, los equipos de facilitación internacional y regional trabajan con los interesados directos locales para explorar temas clave como la asistencia participativa, y la comunidad como un lugar de pertenencia, cambio, liderazgo y esperanza. Los equipos se ocupan de tres vías de aprendizaje: 1) visitas de programa a programa; 2) unión (o préstamo) de los miembros del equipo a las organizaciones; y 3) cursos que enfocan el desarrollo de la comunidad en temas relacionados con la salud. Las metas del programa de transferencia conceptual incluyen:

- Mayor capacidad de la comunidad para hacer frente a y asumir la responsabilidad del VIH/SIDA y su impacto.
- Desarrollo de capacidades compartiendo las lecciones aprendidas, transfiriendo ideas y estableciendo conexiones con otras organizaciones.
- Un conjunto de personas capacitadas en los programas de campo que pueden ayudar al desarrollo de programas en otras localidades.

Actividades importantes de la transferencia conceptual incluyen:

- Evaluación y aumento de relaciones.
- Diseño y apoyo de un programa participativo.
- Evolución, documentación y coordinación participativa de las visitas de programa a programa.
- Consultas regionales y subregionales.
- Reparto interinstitucional para el incremento del desarrollo de capacidades y la influencia en la política de desarrollo y capacitación.
- Aplicación de las lecciones aprendidas del VIH/SIDA a otras áreas del trabajo de salud y desarrollo, análisis de los procesos que facilitan el cambio y compartir las lecciones aprendidas.

Implicaciones organizativas para el Salvation Army

El uso de equipos de facilitación en el enfoque de transferencia conceptual requirió de la redefinición de funciones básicas dentro de la organización, para convertirse en un recurso eficaz en países donde trabajan. También realzó la necesidad de mirar continuamente hacia fuera y desarrollar perspectivas nuevas que pongan la capacidad local de la comunidad en el centro del trabajo.

El personal y los voluntarios se han activado mediante la evolución de nuevos enfoques; sin embargo, la experiencia puede ser confusa y a veces amenazante debido que pierden parte del control del programa. A medida que se redefinen las funciones, el compromiso de ampliación continúa siendo fuerte debido al beneficio claro de este enfoque. Este compromiso mantiene la participación de nuevos socios, que a su vez sostiene actividades de ampliación.

Lecciones aprendidas

La experiencia del programa demuestra que el diseño participativo local y la evaluación pueden tener éxito si son apoyados por un equipo de facilitación multicultural. Pero los retos continúan. Los impedimentos al éxito incluyen la resistencia al enfoque de transferencia conceptual entre los líderes

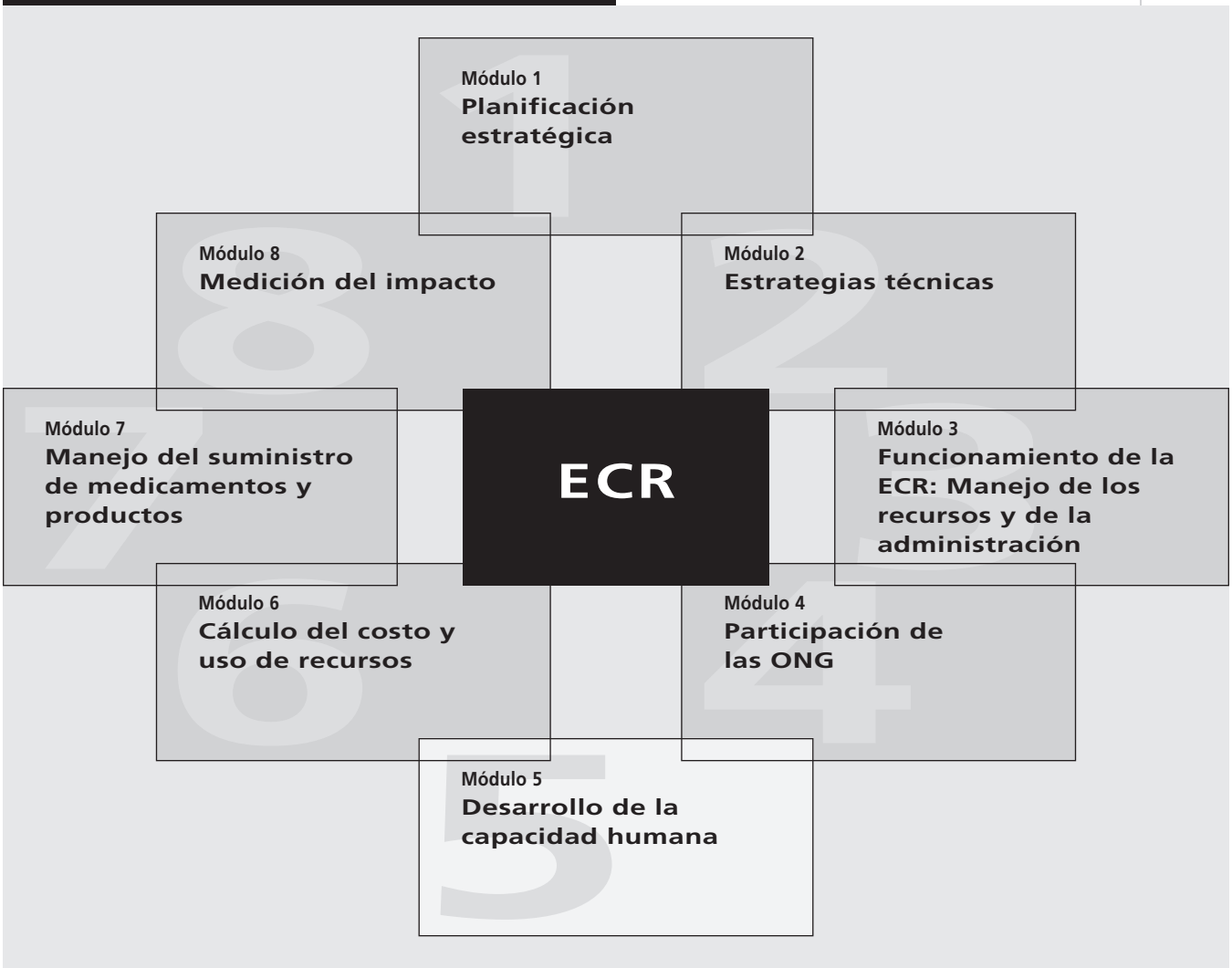
y algunos programas con base en instituciones. La eficacia de un equipo de facilitación depende de un sentido altamente desarrollado de toma de conciencia y visión compartidos, responsabilidad compartida y liderazgo del equipo. Otras lecciones clave aprendidas incluyen las siguientes:

- La transferencia exitosa de comunidad a comunidad es un incentivo para otras comunidades locales.
- El liderazgo debe identificarse entre miembros del equipo del conjunto de recursos durante la etapa inicial de una actividad para obtener un compromiso de actividad intensiva.
- Una visión compartida del desarrollo de la capacidad de la comunidad local ayuda al proceso de aumento en escala para el desarrollo de maneras complementarias de trabajar juntos que mejor sirvan a las respuestas locales.
- Es sumamente importante incluir a los ejecutores locales de los ciclos de planificación, así como a los representantes de las poblaciones que se sirven.
- Comentar sobre temas de liderazgo y de seguridad personal fortalece a los equipos de facilitación y los ayuda a conectarse con los interesados directos locales.
- Los frecuentes intercambios de ideas sobre la política, basados en el análisis de conceptos y procesos, son vitales y muy eficaces si incluyen a los ejecutores de campo y a los miembros de la comunidad.

Módulo 5

Desarrollo de la capacidad humana

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Qué aptitudes — técnicas, administrativas, de manejo — se necesitan para implementar la ECR?
- ¿Cómo se desarrollarán, perfeccionarán y mantendrán?

La pandemia del VIH/SIDA exige una evaluación rápida de la necesidad de desarrollo de la capacidad — y una respuesta apropiada — especialmente en países de alto predominio. No sólo se están mermando recursos existentes humanos y materiales por el impacto de la epidemia, sino que también están cambiando las funciones de tales recursos, frecuentemente en respuesta a una gama de necesidades más amplia y más urgente.

Están siendo muy comunes los ejemplos de la capacidad en disminución debido al VIH/SIDA. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de los maestros de Zambia es 70 por ciento mayor que la de aquellos entre los 15 y 49 años de edad. Los maestros fallecen de SIDA tan rápidamente como se les puede capacitar (Kelley 1999). En Malawi, el 16 por ciento del personal del Ministerio de Agricultura vive con el VIH/SIDA, en un país en el que el 87 por ciento de la población se gana la vida con la agricultura (Malindi y col. 1999).

El Módulo 5, Desarrollo de la capacidad humana:

- Define el desarrollo de la capacidad
- sboza los componentes del desarrollo de la capacidad
- Trata sobre cómo evaluar la capacidad
- Presenta estrategias para el desarrollo de la capacidad
- Describe estrategias de implementación
- Enumera preguntas clave para que los interesados directos consideren al implementar el desarrollo de la capacidad para la ECR
- Proporciona referencias y recursos de lectura adicional

Definición del desarrollo de la capacidad para la ECR

La planificación del desarrollo de la capacidad toma en consideración todos los factores — humanos, de organización y ambientales — y se basa en una idea clara de las funciones primordiales que deben realizar los participantes clave. El desarrollo de la capacidad es un proceso continuo que requiere de ciclos de dos a tres años, de rápida evaluación y respuesta, que debe observar el funcionamiento, en todo lo posible, desde un punto de vista económico. Las bases de datos locales y regionales de las organizaciones y de la información pueden ayudar, al igual que las redes de proveedores de apoyo técnico. Si no se establecen estos sistemas, los programas serán lentos en responder a los cambios importantes en el entorno de la programación, como (por ejemplo), la necesidad actual en África de directrices para una terapia antirretroviral eficaz y sostenible para los proveedores de salud y las personas que viven con el VIH/SIDA.

Definición del desarrollo de la capacidad de la ECR

Desarrollo de la capacidad de la ECR — Estrategias en las que los recursos humanos y las aptitudes operativas de las instituciones se perfeccionan para **realizar mejor las funciones prioritarias.** El propósito en general del desarrollo de la capacidad de la ECR es asegurar el diseño, la implementación, la coordinación, el manejo y la evaluación eficaz de los esfuerzos de prevención, atención y apoyo a gran escala.

Los retos clave al desarrollo de la capacidad de la ECR incluyen:

- Tratar el desarrollo de las aptitudes a corto y largo plazo de los proveedores de servicios y de los ejecutores
- Desarrollar sistemas para mejorar el rendimiento y asegurar la calidad
- Asegurar la colaboración multisectorial entre el gobierno y las instituciones privadas
- Asegurar una infraestructura básica, funcional que ayude a las personas a comunicarse y a conectarse
- Desarrollar recursos comunes de capacitadores locales y de facilitadores
- Reconocer y responder a la necesidad de manejo del cambio institucional
- Reconocer el efecto de las influencias socioculturales y religiosas

Las aptitudes técnicas específicas que deben mejorarse a través del desarrollo de la capacidad incluyen:

- Aptitudes para el manejo, monitoreo y evaluación de proyectos;
- Aptitudes para la comunicación y la resolución de conflictos;
- Aptitudes para la movilización de recursos;
- Aptitudes para la movilización social;
- Aptitudes de investigación de operaciones, incluyendo la recopilación y difusión de datos; y
- Aptitudes de promoción de la causa.

Componentes del desarrollo de la capacidad de la ECR y asuntos de implementación

El desarrollo de la capacidad consiste en algunos o en todos los seis componentes que se describen a continuación. Para ser sostenible, el desarrollo de la capacidad requiere identificar sistemas existentes o desarrollar nuevos sistemas mediante los cuales se puede hacer operativo uno o más de estos seis componentes. Se describen, para algunos de los componentes, ejemplos prácticos de problemas y respuestas a las estrategias de implementación del desarrollo de la capacidad.

- El **capital humano** es el desarrollo de la capacidad de las aptitudes humanas y el uso eficaz del personal profesional, administrativo y técnico y de los voluntarios. Incluye la identificación de los individuos apropiados para capacitar; proporciona un ambiente de aprendizaje eficaz para la capacitación y educación; la supervisión del servicio en funcionamiento y de campo para la continua transferencia de aptitudes; y la orientación a largo plazo para el apoyo direccional, emocional y moral.
  Respuesta: desarrollar una base de datos al nivel distrital o nacional de los consultores regionales disponibles para proporcionar asistencia técnica (AT) en áreas de aptitudes específicas (como el cambio de comportamiento o atención domiciliaria), y emparejar esto a los pedidos para el perfeccionamiento de las aptitudes existentes y las necesidades de capacitación para el nuevo personal del proyecto (Agencia Nacional de Coordinación del SIDA, Botsuana, 2001.)
- Las **organizaciones y su administración** observan cómo las organizaciones, sus culturas y sus estilos de administración influyen en el uso, la eficacia y la retención de recursos humanos calificados.
  Respuesta: hacer uso de los planes de estudio para la capacitación y cursos profesionales para perfeccionar las aptitudes en áreas como el cambio de administración de la organización y la resolución de conflictos.
- El **contexto institucional del sector público** examina cómo la política y los entornos institucionales afectan la administración pública y las operaciones gubernamentales, incluidas las funciones y responsabilidades de diferentes sectores en diferentes contextos. Por ejemplo, en la descentralización, se deben examinar las leyes y regulaciones que afectan las políticas de contratación, promoción y salarios.
  Respuesta: desarrollar la política del VIH de escuela en escuela, como un paso preliminar para el apoyo del trabajo con los estudiantes/educadores y sus grupos paritarios, y los maestros en la prevención del VIH y otras actividades relacionadas para el fomento de la salud de la juventud; crear políticas nacionales (o sectoriales) que traten el impacto del VIH/SIDA y ofrezcan estrategias para reestructurar las instituciones públicas.
- Las **redes y conexiones** trabajan para optimizar los recursos y ampliar la cobertura de acciones. Éstas incluyen alianzas multisectoriales de los sectores público y privado.
  Respuesta: 1) desarrollar un sistema de conocimientos administrativos en la Región Báltica Sur para la juventud, los usuarios de drogas inyectables (UDI), y las metas regionales de las infecciones de transmisión sexual (ITS), junto con el acoplamiento de programas intrarregionales (USAID/FHI Centers for Excellence Project, 2001); 2) participar en las redes de apoyo técnico de sur a sur entre los Programas Nacionales de Control del SIDA (Horizontal Technical Cooperation Group [HORIZONTEC] para Latinoamérica y el Caribe); 3) desarrollar redes institucionales de capacitación de sur a sur (Redes Regionales de Capacitación del SIDA [RATN] en Nairobi, Kenia).
- **Capital social y participación de la comunidad.** El *capital social* se refiere a las interacciones mutuamente beneficiosas que establecen redes, normas y confianza entre las personas, y que facilitan la coordinación y cooperación. La *participación comunitaria* trata

de las acciones complementarias y el fortalecimiento de la responsabilidad social y de los sistemas de promoción de la causa.
Respuesta de la comunidad: los ejecutores experimentados de un programa comunitario sirven como facilitadores para otros programas que recién empiezan en nuevas áreas geográficas (Estudio de caso no publicado sobre el aumento a escala está disponible en la Sede Internacional del Salvation Army, Londres).

- **Reforma de la política de recursos humanos.** A medida que los países se esfuerzan por resolver el problema de las tasas en aumento de las muertes por SIDA, se necesita un esfuerzo acelerado para considerar las opciones de política para responder en forma eficaz. Se podría necesitar una reestructuración institucional y una transformación para abordar la estructura poblacional radicalmente alterada. Los países también deben monitorear cuidadosamente las reformas de administración pública que son elementos comunes de los programas de ajuste estructural, debido a que las reformas pueden debilitar la capacidad de los sectores clave para responder. Por ejemplo, con frecuencia el ajuste estructural de gastos y despidos de personal no toman en consideración la manera en que afectarán al sector con el VIH/SIDA o como éste responderá a esta pandemia.

Evaluación de la capacidad de ECR

Al evaluar la necesidad del desarrollo de la capacidad para la ECR, se deben tomar tres pasos importantes: 1) definir las funciones clave, 2) evaluar las opciones de desarrollo de la capacidad humana, y es también importante 3) fortalecer los programas de desarrollo de la capacidad humana.

Pasos para evaluar la capacidad de la ECR

Paso 1: Definir funciones clave
Paso 2: Evaluar las opciones de desarrollo de la capacidad humana
Paso 3: Fortalecer los programas de desarrollo de la capacidad humana

Paso 1: Definir funciones clave

Al comienzo del proceso de evaluación se deben definir claramente las funciones clave que los profesionales de recursos humanos o instituciones interesadas deben llevar a cabo. Por ejemplo, una función podría ser ampliar el alcance de un programa de atención domiciliaria de dos a cinco distritos, u operar de una manera más integral con redes sólidas de remisión y estándares de atención convenidos.

Paso 2: Evaluar las opciones de desarrollo de la capacidad humana

Al tratar de fortalecer el desarrollo de la capacidad humana alrededor de una función específica, se deben revisar las diferentes estrategias de desarrollo de capacidad (descritas a continuación), para determinar la mejor estrategia para su ambiente. Es útil considerar las prioridades y preguntar cómo se alcanzará el proceso de desarrollo de la capacidad; qué capacidades y recursos se necesitan para llegar a ese punto; y si es mejor una estrategia a corto o a largo plazo para el desarrollo de la capacidad. Se puede requerir el desarrollo de la capacidad en sólo algunos de los seis componentes. Se pueden usar muchas herramientas para evaluar la capacidad de acuerdo a funciones específicas (ver: Lectura adicional).

Paso 3: Fortalecer los programas de desarrollo de la capacidad humana

A medida que se identifican nuevas prioridades para el desarrollo de la capacidad, se deben revisar detenidamente los programas y las estrategias para identificar maneras de fortalecerlos en el contexto de la ECR.

Estrategias para el desarrollo de la capacidad para la ECR

La adopción de un proceso participativo para el diseño de una estrategia para el desarrollo de la capacidad es primordial para el éxito de la estrategia misma. Es importante emparejar las necesidades y los recursos disponibles a las estrategias y métodos que se adopten. En la tabla adjunta se describen las estrategias para el desarrollo de la capacidad.

Herramienta de evaluación de la capacidad humana para la ECR

La herramienta de evaluación de la capacidad humana para la ECR está diseñada para ayudar a los interesados directos a considerar y dar prioridad a las

Estrategias de desarrollo de la capacidad: 1	
Reforma de la política de recursos humanos	Las revisiones y reformas de la política de recursos humanos nacional y sectorial puede centrarse en el estudio del impacto del VIH/SIDA. Es importante que los países vuelvan a examinar la capacidad de los recursos humanos a medida que los programas se descentralizan, y que se amplían las iniciativas sectoriales y de los sectores privados en áreas con altas tasas de mortalidad.
Capacitación antes del servicio y continuación de la educación	Se hace hincapié en el desarrollo de currículos para integrar el VIH en la salud, educación y otros sectores, y en el fortalecimiento de la capacidad institucional de la investigación. También son importantes los mecanismos para apoyar la capacitación del personal a largo plazo y su retención, como el completar programas universitarios.
Capacitación en funcionamiento y apoyo para el desarrollo de la capacitación regional y las instituciones de investigación	La capacitación regional y las instituciones de investigación proporcionan paquetes integrados de capacitación técnica, administrativa y de liderazgo, y actividades de investigación para informar a los programas y a las políticas. También se deben considerar la capacidad de estas instituciones para mantener y ampliar los programas.

Estrategias de desarrollo de la capacidad: 2	
Apoyo para el desarrollo y empleo de consultores nacionales/regionales	La capacitación de proveedores de apoyo técnico es primordial para apoyar la programación del VIH en los niveles gubernamentales y de las ONG. El uso de los conocimientos técnicos nacionales y regionales ayudan a proporcionar más apoyo cultural apropiado.
Asistencia técnica meta	Esto incluye ayudar a los administradores del programa a que obtengan acceso a tipos específicos de conocimientos a corto plazo de fuentes nacionales e internacionales.
"Acoplar" (conectar programas) para la capacitación	El "acoplamiento" institucional y de programas es una forma subutilizada pero altamente eficaz de desarrollo de la capacidad. La promoción de la cooperación técnica y de la concatenación internacional y regional de Sur a Sur requiere el desarrollo de marcos institucionales y oportunidades de financiamiento. El objetivo es hacer operativos los programas de intercambio que responden emparejando las necesidades y experiencias entre los socios participantes.
Aprendizaje a distancia	Los mecanismos existentes de aprendizaje a distancia proporcionan un mecanismo de entrega para el desarrollo de la capacidad en la programación del VIH/SIDA; sin embargo, este mecanismo ha sido subutilizado. Capitalizar este sistema de entrega incluye un entendimiento de las redes, metodologías de los medios de comunicación y del aprendizaje en una situación dada o un sector dado. Es también importante aprender sobre los sistemas de alcance existentes y potenciales para el desarrollo/adaptación del currículo, incluida la integración del VIH/SIDA en temas específicos.

Herramienta de evaluación de la capacidad humana para la ECR

	Necesidades de capacidad humana
Módulo 1: Planificación estratégica	■ Planificación estratégica ■ Movilización comunitaria ■ Economista de la salud/Experto en costos ■ Experto en la facilitación/Facilitadores
Módulo 2: Estrategias técnicas	■ CCC — el desarrollo de especialistas de la comunicación, diseñadores gráficos, investigadores, de los TOT en la CCC y la comunicación impersonal (educación de grupos paritarios) ■ Condones — adquisición, logística, vendedores, probador de calidad ■ ITS — TOT para el manejo del síndrome; microbiólogos para la investigación y resistencia ■ Seguridad de la sangre — TOT técnico de laboratorio en las pruebas del VIH; organizadores de donación voluntaria de sangre ■ TMH — TOT para los asesores; proveedores de la salud capacitados ■ Estigma — comunicación; apoyo; abogados de los derechos humanos ■ PAV — asesores, CCC; técnicos de laboratorio ■ Apoyo psicosocial — asesores; especialista en desarrollo de la organización para los grupos de apoyo ■ Atención paliativa — asistentes sociales de la comunidad; conocimientos técnicos de manejo del dolor ■ Manejo clínico de las infecciones oportunistas — proveedores de la atención de la salud capacitados; logística para los medicamentos ■ TB — expertos en TB, TOT de TCCDO, logística para los medicamentos ■ HNV — trabajadores sociales, expertos en micro empresas, educadores, estructuras para la atención en la comunidad ■ TAR — capacitación de médicos; expertos de laboratorio; asesores ■ Diseño estratégico de la comunicación

	Necesidades de capacidad humana
Módulo 3: Funcionamiento de la ECR	■ Funcionarios de movilización de la comunidad ■ Funcionarios de auditorías y rendición de cuentas ■ Funcionarios de finanzas y administración ■ Expertos en manejo organizativo ■ Experto en sistemas de información ■ Expertos en planificación y desarrollo de políticas ■ Expertos en descentralización y formas de gobierno ■ Expertos en el control de calidad ■ Expertos legales con conocimientos técnicos del VIH/SIDA para servicios de contratación ■ Expertos legales para abordar temas de derechos humanos ■ Expertos en asociaciones, redes y coordinación ■ Expertos en monitoreo y evaluación
Módulo 4: Participación de las ONG	■ Capacidad técnica y operacional para las OC ■ Experto en la concatenación de las ONG ■ Experto en el desarrollo organizativo de las ONG
Módulo 5: Desarrollo de la capacidad humana	■ Experto en planificación de los recursos humanos ■ Experto en capacitación ■ Experto en el aprendizaje a distancia
Módulo 6: Cálculo del costo y uso de recursos	■ Experto en planificación ■ Economista de la salud ■ Experto en presupuestos
Módulo 7: Manejo del suministro de medicamentos y otros productos	■ Experto en farmacéutica ■ Experto en equipos de laboratorio y suministros ■ Experto en adquisiciones ■ Experto en logística y distribución ■ Experto en comercio
Módulo 8: Medición del impacto	■ Experto en monitoreo y evaluación ■ Experto en encuestas ■ Experto en la vigilancia centinela del comportamiento

necesidades de capacidad humana para la implementación de la ECR.

Preguntas clave para llevar a cabo el desarrollo de la capacidad de la ECR

El rectángulo de la derecha enumera preguntas clave para que los planificadores y interesados directos tomen en consideración cuando desarrollen y pongan en práctica el proceso de desarrollo de la capacidad de la ECR. Estas preguntas son importantes tanto para los sectores del gobierno y de las ONG.

Lectura adicional

Berg. EJ (coord..) 1993. *Rethinking Technical Cooperation: Reforms for Capacity Building in Africa. Nueva York: Oficina Regional para África,* United Nations Development Programme and Developmente Alternatives, Inc.

Hildebrand ME, Grindle, MS. 1994. Building *Sustainable Capacity: Challenges for the Public Sector*. Preparado por el Estudio Piloto del Programa de Desarrrollo de la Capacidad de las Naciones Unidas por el Harvard Institute for International Development, Harvard University, Cambridge, Mass.

Kelley M. 1999. *What HIV/AIDS Can Do to Education and What Education Can Do to HIV/AIDS?* Documento presentado en All Sub-Saharan Conference on Education for All, 2000. Johannesburg, Sudáfrica.

Malindi G, Nyekanyeka M, Bota S. 2000. Malawi: Factoring HIV/AIDS into the Agricultural Sector. Ministerio de Agricultura e Irrigación.

Singh, JS (ed.). 2000. *South to South: Developing Countries Working Together on Population and Development.* Washington: Population 2005.

ONUSIDA. Diciembre 2000. *Putting Knowledge to Work: Technical Resource Networks for Effective Responses to HIV/AIDS*. Ginebra: ONUSIDA.

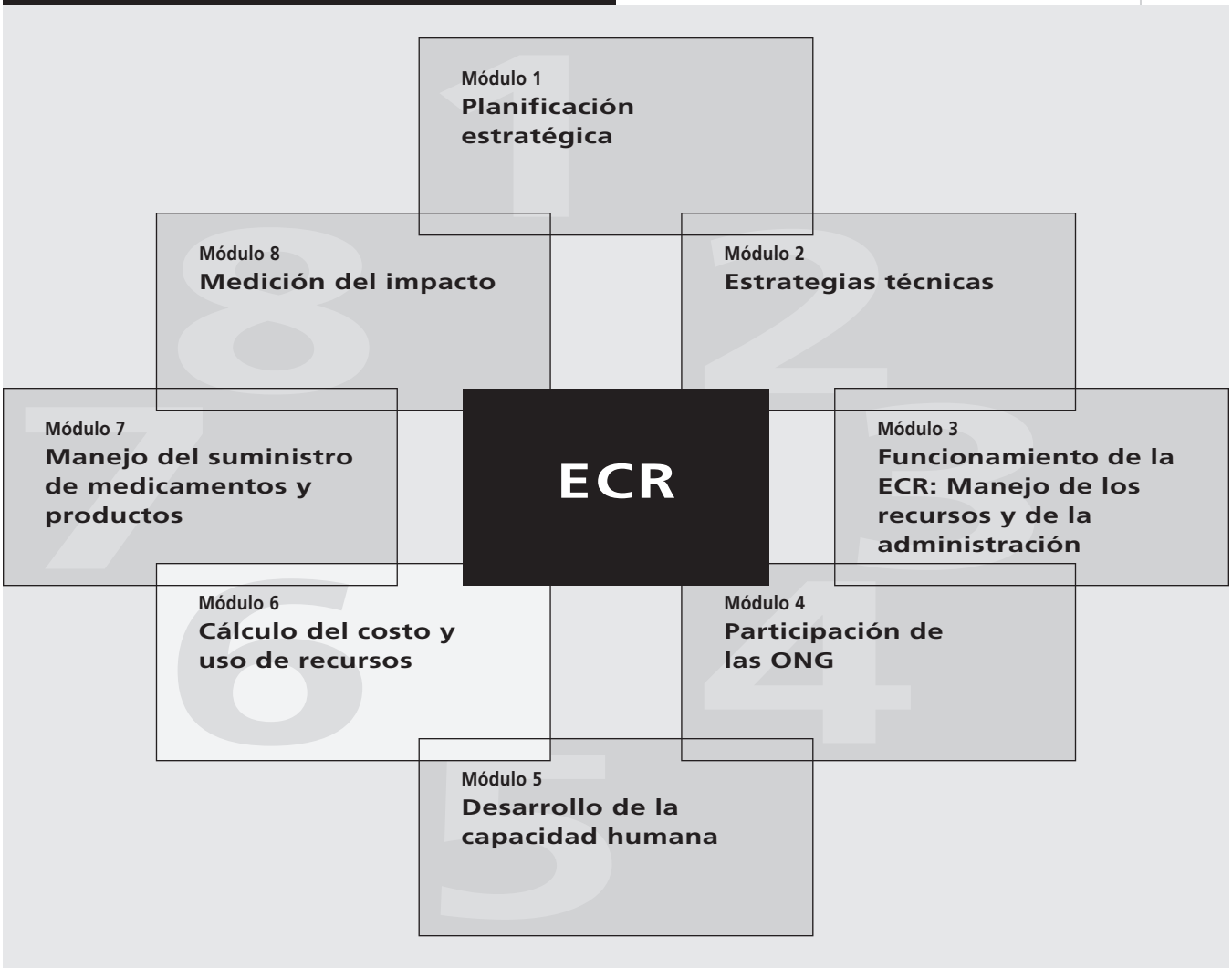
Preguntas clave de implementación para el desarrollo de la capacidad de la ECR

- ¿Tiene el país un plan integral para evaluar asuntos de capacidad humana relacionados con la respuesta al VIH/SIDA?
- ¿Tiene el país una base de datos de capacidad humana disponible y áreas de competencia técnica?
- ¿Hay algún sector clave que esté desarrollando políticas de recursos humanos? ¿Han cambiado las descripciones de trabajo del personal? ¿Se han tratado los cambios proyectados de la población debido a las muertes por SIDA?
- ¿Tienen los administradores de programas sugerencias acerca de cómo conectarse mejor con redes domésticas y regionales para apoyar la implementación de la ECR?
- ¿Cuál es el estado de los programas de aprendizaje a distancia en los países? ¿Están alcanzando a las personas en el ámbito distrital que están a cargo de la aplicación o a aquéllas que tienen base en la comunidad?
- ¿Se usa la radio para ofrecer educación a distancia para alcanzar a los líderes y voluntarios de la comunidad para facilitar la conversación sobre el VIH/SIDA en la comunidad? ¿Hay oportunidades de aprendizaje en grupo como talleres regionales o visitas para el intercambio de aptitudes, similares a aquéllas para mejorar la facilitación del programa en la asesoría de la atención y de la comunidad?
- ¿Qué estrategias se usan para estudiar el desarrollo de las aptitudes a corto y largo plazo de los implementadores y proveedores de servicios?
- ¿Qué estrategias se usan para desarrollar sistemas para mejorar el rendimiento y asegurar la calidad?
- ¿Qué estrategias se usan para asegurar la infraestructura básica que permite a las personas reunirse/comunicarse para el desarrollo de la capacidad?
- ¿Qué estrategias se usan para desarrollar fondos comunes de capacitadores/facilitadores locales?
- ¿Se han investigado y usado completamente los recursos de redes domésticas, regionales e internacionales?

Módulo 6

Cálculo del costo y uso de recursos

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Cuánto costará?
- ¿Cómo se pueden asignar los recursos?

En el mundo hay una necesidad urgente de incrementar la cobertura y el alcance de las intervenciones del VIH/SIDA, en particular en países donde el VIH se está propagando rápidamente. Durante las últimas dos décadas de la pandemia del VIH, se ha desarrollado sustancialmente la experiencia y mejores métodos de prevención. Sin embargo, la obtención de suficiente financiamiento para las intervenciones comprobadas, ha sido un problema para muchos países. Las buenas noticias son que el financiamiento de programas internacionales del VIH/SIDA está aumentando.

El Módulo 6, Cálculo del costo y uso de recursos:

- Proporciona información para ayudar a los planificadores y a los administradores de programas a hacer el mejor uso posible de los fondos recibidos, incluyendo criterios para la asignación de recursos y cálculos de costos estimados de la ECR por tipo y capacidad de programa del VIH/SIDA.
- Contiene tablas que separan los componentes de varias tareas y sus costos.
- Enumera preguntas de implementación para los costos y usos de los recursos para la ECR.
- Proporciona referencias y recursos para la lectura adicional.

Criterios para la asignación de recursos

Los siguientes tres criterios puede ayudar a los países a determinar cómo asignar mejor sus recursos a las prioridades seleccionadas.

- **Asignación proporcional a la necesidad.** Este enfoque, frecuentemente el más sencillo, incluye asignar recursos financieros para las intervenciones del VIH/SIDA por habitante. Un ejemplo de esto está en los Estados Unidos, donde los programas federales de prevención del VIH se asignan ampliamente en proporción directa a los casos notificados del SIDA.

  Un método más pertinente para los países en desarrollo pudiera ser asignar los recursos en base al criterio de mirar hacia delante, por ejemplo poniendo como meta a grupos sociales o comunidades en alto riesgo de contraer el VIH y asignar fondos a estas comunidades por habitante.
- **Restricciones institucionales.** Este tipo de restricciones se aplican particularmente en la atención y tratamiento. Frecuentemente las capacidades humanas y la infraestructura de salud se usan como criterios para decidir si se pueden proporcionar un conjunto específico de intervenciones de atención. En la Tabla 1 se ilustra un ejemplo de cómo en un país se puede observar el continuo de prevención y atención.
- **Eficacia en función de los costos.** Generalmente las decisiones de asignación de recursos se hacen en base a una análisis eficacia en función de los costos. Mientras que es ideal usar el análisis de costo-beneficio — evaluando tanto los beneficios como los costos de las intervenciones — en la práctica es complejo y difícil de llevar a cabo.

  Un aspecto importante del análisis de la eficacia en función de los costos es que permite a los planificadores clasificar las intervenciones que generan resultados comparables. Por ejemplo, en el caso de programas de intervención en el lugar de trabajo, se puede medir el rendimiento en términos de los indicadores, como cuántas nuevas infecciones e infecciones de transmisión sexual (ITS) se evitaron. Al dividir estos indicadores por el costo estimado de otros programas alternativos, la proporción de eficacia en función de los costos de las intervenciones se puede determinar y clasificar. (Referirse al Módulo 2 para una visión global detallada de las intervenciones técnicas de la ECR y al Módulo 3 para estrategias operacionales.)

Pasos para el cálculo del costo para la ECR por tipo y capacidad del programa del VIH/SIDA

Mientras que hay alguna información sobre los costos de los programas en los ámbitos de la comunidad y de los distritos, hay muy poco sobre los costos de los programas a gran escala. Los siguientes cuatro pasos se pueden usar como directrices para estimar el costo de llevar a la práctica un conjunto de intervenciones del VIH/SIDA a gran escala o a escala nacional.

Tabla 1: Intervenciones de la ECR por necesidad, complejidad y costo	
Actividades esenciales	■ Programas de prevención del VIH para grupos destinatarios y jóvenes ■ Asesoramiento voluntario y pruebas del VIH ■ Atención paliativa y tratamiento de infecciones oportunistas comunes: pulmonía, muguet, candidiasis vaginal, tuberculosis pulmonar (TB) o TCCDO ■ Atención nutricional ■ Atención de ITS y servicios de planificación familiar ■ Profilaxis con cortrimoxazole para las personas que viven con el VIH/SIDA ■ Actividades de la comunidad que mitigan el impacto del VIH, incluyendo restricciones legales contra el estigma
Complejidad y costo intermediarios	**Todo lo anterior, más:** ■ Búsqueda activa de casos y tratamiento para la TB ■ Terapia preventiva de la TB para las personas que viven con el VIH/SIDA ■ Antifúngicos sistémicos para la micosis sistémica como la criptococosis ■ Tratamiento de malignidades asociadas al VIH: sarcoma de Kaposi (KS), linfoma, cáncer cervicouterino ■ Tratamiento de la herpes grave ■ Prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH) ■ Profilaxis a la exposición ocupacional al VIH y a la violación ■ Reducción del impacto económico y social del VIH/SIDA
Complejidad y costo altos	**Todo lo anterior, más:** ■ Terapia antirretroviral triple ■ Diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas, como la TB resistente a los medicamentos, difíciles de diagnosticar y costosas ■ Tratamiento avanzado de malignidades relacionadas con el VIH ■ Servicios públicos para reducir los efectos económicos y sociales de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Paso 1 del cálculo del costo para la ECR: Establecer el tamaño de los grupos destinatarios

El primer paso para el cálculo del costo de las intervenciones del VIH/SIDA para la ECR es estimar a los grupos destinatarios potenciales (PTG) que se pueden alcanzar con las actividades de prevención y atención. Para cada intervención que se tome en consideración, se define un grupo destinatario importante usando datos epidemiológicos, de comportamiento y de intervención. En la Tabla 2 se muestra una lista de grupos destinatarios seleccionados con sus correspondientes intervenciones.

Pasos para el cálculo de costos para la ECR a gran escala o nacionales

Paso 1: Establecer el tamaño de los grupos destinatarios
Paso 2: Definir la cobertura actual y futura de las intervenciones
Paso 3: Considerar las restricciones existentes para la implementación
Paso 4: stimar los costos

Tabla 2: Grupos destinatarios potenciales para las intervenciones y actividades del VIH/SIDA	
Intervención/Actividad	**Grupo destinatario potencial**
Intervenciones para la juventud en la escuela y para la juventud fuera de la escuela	■ Niños y niñas matriculados en las escuelas primarias (de 6 a 11 años de edad) ■ Niños y niñas matriculados en las escuelas secundarias (de 12 a 16 años de edad) ■ Niños y niñas de 6 a 11 años de edad que no están matriculados en las escuelas ■ Niños y niñas de 12 a 16 años de edad que no están matriculados en l as escuelas ■ Jóvenes, hombres y mujeres, matriculados en educación terciaria
Intervenciones para los trabajadores sexuales	■ Trabajadores sexuales de áreas urbanas
Intervenciones para los trabajadores migratorios o móviles	■ Mineros ■ Camioneros ■ Trabajadores agrícolas
Intervenciones para los servicios uniformados	■ Policía ■ Fuerzas armadas (Ejército, Fuerza Aérea, Naval, Fuerzas Especiales) ■ Inmigraciones/Control fronterizo ■ Aduana e impuestos sobre el consumo ■ Prisiones
Fortalecimiento de la distribución de condones en el sector público y Venta social del condón (condones masculinos y femeninos)	■ Protección con condones para todos los actos sexuales casuales en uniones comunes (la proporción de actos sexuales en uniones comunes se han establecido en un 2% para el análisis)
Mejorar los servicios de ITS	■ Hombres (de 15 a 49 años de edad) con ITS sintomáticas, curables y con acceso a servicios de salud ■ Mujeres no embarazadas (de 15 a 49 años de edad) con ITS sintomáticas, curables y con acceso a servicios de salud ■ Mujeres embarazadas con sífilis y con acceso a servicios de salud
Prueba y asesoramiento voluntarios (PAV)	■ Población activa sexual actual
Intervenciones en el lugar de trabajo	■ Actividades de prevención del VIH para hombres y mujeres en empleos formales ■ Tratamiento de ITS: los mismos grupos que aquellos usados para el fortalecimiento de servicios de ITS, pero limitados a los lugares de trabajo que reciben tratamiento para las ITS ■ Distribución de condones: el número de actos sexuales que requieren

Tabla 2: Grupos destinatarios potenciales para las intervenciones y actividades del VIH/SIDA	
Intervención/Actividad	**Grupo destinatarios potencial**
Fortalecer los servicios de transfusión de sangre	■ Unidades de sangre usadas en las transfusiones
Prevención de la TMH	■ Examen colectivo (PAV) para las mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad con acceso a servicios prenatales ■ Tratamiento con antirretrovirales para las mujeres embarazadas con pruebas positivas al VIH, y fórmula para los lactantes
Medios de comunicación	■ Campañas nacionales para todo el país
Atención paliativa	■ Personas que viven con el VIH/SIDA que están sintomáticas
Manejo clínico de enfermedades oportunistas	■ Personas que viven con el VIH/SIDA con acceso a los servicios de salud
Atenciones domiciliarias	■ Personas que viven con el VIH/SIDA con acceso a los servicios de salud
Atención clínica para los niños	■ Incluye la atención paliativa para todos los niños que son VIH positivos y sintomáticos, y atención clínica para los niños que son VIH positivos y sintomáticos con acceso a servicios de salud
Prevención de las infecciones oportunistas (Cotrimoxazole y terapia preventiva de la TB)	■ Personas que viven con el VIH/SIDA que son sintomáticas y tienen acceso a servicios de salud
Apoyo para los huérfanos	■ Todos los huérfanos con SIDA menores de 15 años de edad
Apoyo psicosocial y asesoría	■ Personas que viven con el VIH/SIDA que son sintomáticas
Tratamiento (TARAA)	■ Las personas que viven con el VIH/SIDA que son sintomáticas y tienen acceso a los servicios de salud

Aplicación del concepto de grupo destinatario potencial (PTG) a las intervenciones de TMH

El grupo destinatario definido para las intervenciones de TMH está compuesto por las mujeres embarazadas que usan servicios prenatales.

Una vez que se define el grupo destinatario, necesita determinarse su cobertura mediante intervenciones específicas. En este ejemplo de TMH, se calcularon los costos de dos intervenciones relacionadas con la TMH:

- Las pruebas y asesoramiento voluntarios entre la población prenatal que recibió servicios prenatales, y
- El suministro de la intervención antirretroviral/alimentación.

Los niveles de cobertura para estas intervenciones son la proporción de mujeres que se someten a pruebas de VIH y la proporción de mujeres que aceptan someterse al régimen de medicamentos antirretrovirales. Luego se realizan suposiciones concernientes a estas dos proporciones. En el caso de la atención, se clasifican a los países de acuerdo a la solidez de sus programas existentes del VIH/SIDA.

Paso 2 del cálculo del costo para la ECR: Definir la cobertura actual y futura de las intervenciones

En la mayoría de intervenciones, la capacidad existente y la infraestructura del sistema de salud puede limitar a los grupos destinatarios que se puedan alcanzar. Estos límites se reflejan en el número de personas a las que se puede llegar a través del sistema de salud y los programas previstos, y a los grupos que se denominan como grupos destinatarios potenciales (PTG). Los niveles proyectados de cobertura reflejan lo que se pensó que se podría alcanzar realistamente para 2005.

El concepto de los PTG se usa para asegurar que el nivel proyectado de actividades planificadas se basa en lo que sería factible implementar, dada la capacidad actual y la infraestructura. Se usa un modelo, basado en los PTG y en los niveles de cobertura proyectados, para calcular el volumen (incrementado) de actividad requerida para que cada intervención alcance metas específicas de cobertura.

La tabla anterior muestra cómo aplicar el concepto de PTG a las intervenciones de TMH.

Paso 3 del cálculo del costo para la ECR: Considerar las restricciones existentes para la aplicación

La planificación incluye considerar la cobertura esperada de grupos destinatarios que se puedan alcanzar para 2005. Asume que la factibilidad de ampliar la cobertura de los grupos destinatarios será mayor en países con programas sólidos del VIH/SIDA que en países donde los programas tienen más problemas y/o están fragmentados.

La cobertura de los programas relativos al VIH/SIDA dependerá de las características institucionales, especialmente de la solidez de los programas existentes. Por ejemplo, los países africanos se clasifican en cuatro categorías de acuerdo a la solidez de los programas relativos al VIH/SIDA en existencia: programas con solidez muy baja, baja, mediana y programas sólidos del VIH/SIDA. Los países con programas sólidos incluyen Uganda y Senegal, que han desacelerado la epidemia del VIH. Los países con programas “muy bajos” incluyen aquellos que están en la actualidad en conflicto, como Liberia y Eritrea, o aquellos en los que el conflicto se detenido recientemente, como Somalia. Esta clasificación se muestra en la Tabla 3.

Se pensó que se podría alcanzar la cobertura potencial del programa de intervenciones del VIH/SIDA para 2005, la cual se proyecta para intervenciones y actividades en la Tabla 4. Debido a la escasez de información sobre los niveles actuales de cobertura para las actividades de atención, la cobertura del punto de comparación para las estrategias de atención no se pudo calcular. En su lugar, se calculan los aumentos potenciales en la cobertura de la atención que se puedan alcanzar entre el 2000 y 2005, teniendo en cuenta la capacidad de los sistemas de salud actuales de absorber un nivel más alto de actividad (Tabla 5).

Es importante observar que estos porcentajes son aproximaciones. Por cada intervención/actividad, el incremento propuesto de cobertura como punto de comparación al año 2005, se basa en lo que es auténticamente realizable en un período quinquenal, de acuerdo a restricciones de capacidad e infraestructura. Dados los niveles bajos de cobertura entre los PTG, estas cifras revelan que se pueden alcanzar a secciones grandes de la población usando infraestructuras existentes dentro de los países.

Tabla 3: Fuerza estimada de las actividades de los programas relativos al VIH/SIDA por países

Muy baja	Baja	Mediana	Fuerte
Angola	Benin	Botsuana	Senegal
Congo	Burkina Faso	Camerún	Uganda
DR Congo	Burundi	Rep. de África Central	
Yibuti	*Chad*	Costa de Marfil	
Eritrea	*Guinea Ecuatorial*	Kenia	
Etiopía	Gabón	Lesoto	
Liberia	Gambia	Malawi	
Nigeria	Ghana	Mauritania	
Sierra Leona	Guinea	Mozambique	
Somalia	Guinea Bissau	Namibia	
	Madagascar	Sudáfrica	
	Malí	Suazilandia	
	Mauricio	Tanzanía	
	Níger	Zambia	
	Ruanda	Zimbabue	
	Togo		

Nota: Debido a la falta de datos, los países en itálicas no se incluyeron en los cálculos presentados en las Tablas 4 y 5.

Paso 4 del cálculo del costo para la ECR: Estimar los costos

Los datos de costos a nivel del servicio o proyecto se toman de la literatura publicada y no publicada para obtener un promedio, como punto de partida para el suministro de cada tipo de programa o actividad. Los costos de la ampliación o mejora de las intervenciones se basan en niveles de cobertura actuales y proyectados (año 2005). El modelo calcula los costos asociados a los diferentes niveles de cobertura para los PTG. Los planificadores y los administradores de programas pueden considerar estos costos estimados en relación con los PTG porque ellos dependen del nivel proyectado de cobertura que se busque.

Se calculan los datos del costo unitario al estimar los costos:

- Los costos financieros representan el gasto actual en servicios y bienes adquiridos. Los costos se describen en términos de cuánto dinero se está pagando por los recursos usados en el programa o servicio.
- Los costos económicos incluyen el valor estimado de los bienes o servicios para los cuales no había ninguna transacción financiera. También se relacionan con situaciones en las cuales el precio del bien no refleja el costo usándolo productivamente en otro sitio, incluidos bienes donados y servicios, y otros insumos cuyos precios pueden no ser exactos.

El análisis de los costos se pueden hacer de dos maneras:

- El análisis total de los costos calcula el costo de todos los recursos que se usan para hacer funcionar un programa o servicio, incluida la infraestructura básica.
- El análisis gradual observa el costo de añadir el programa o servicio adicional a los ya existentes.

Cuando se calculen los datos de costo unitario, todos los costos de prevención y de atención básica se determinan mejor desde la perspectiva del proveedor. Donde sea posible, considere los costos económicos y los análisis de costos total. A menos que así se indique, todos los costos de la unidad incluyen los costos recurrentes y proyectados para el año para los insumos de capital. Una revisión detallada con respecto a los costos de prevención se encuentra en Kumaranayake y Watts (2000b). Para propósito de este análisis los países clasificados como de alto ingreso son Botsuana, Yibuti, Gabón, Mauricio, Namibia, Sudáfrica y Suazilandia.

Tabla 4: Cálculos propuestos del punto de partida y de los niveles meta de cobertura para 2005 para las intervenciones del VIH/SIDA (por fuerza del programa)

	Cálculos de cobertura para las intervenciones del VIH/SIDA							
	Cálculo de la cobertura del punto de partida				Cálculo de la cobertura del punto de partida			
	Muy bajo	Bajo	Mediano	Fuerte	Muy bajo	Bajo	Mediano	Fuerte
Intervenciones de jóvenes								
% requerido de maestros capacitados de educación primaria	5%	5%	10%	20%	40%	50%	60%	60%
% requerido de maestros capacitados de educación secundaria	20%	20%	30%	50%	60%	70%	80%	80%
% de jóvenes fuera de la escuela de 6 a 11 años de edad	5%	5%	10%	10%	10%	10%	15%	15%
% de jóvenes fuera de la escuela de 12–15 años de edad	5%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	50%
Intervenciones centradas en los trabajadores sexuales y sus clientes								
% de trabajadores sexuales que se alcanzaron mediante intervenciones cada año	20%	20%	40%	50%	40%	50%	60%	60%
Promedio sistemático de uso del condón	20%	25%	30%	30%	50%	60%	70%	80%
% de condones femeninos	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Provisiones de condones en aumento en el sector público								
% actes sexuels avec utilisation de préservatifs fournis par le secteur public	5%	10%	20%	30%	10%	20%	30%	40%
Desperdicio de condones durante el almacenaje y distribución	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Mercadeo social de condones								
% de actos sexuales en los que las TCS usaron condones	5%	10%	20%	30%	30%	40%	50%	50%
% que proporciona condones femeninos usados por las TCS	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Mejora de los servicios de ITS								
% de ITS sintomáticas en hombres tratados en clínicas	5%	5%	15%	20%	30%	30%	30%	40%
% de ITS sintomáticas en mujeres tratadas en clínicas	5%	5%	15%	20%	30%	30%	30%	40%
% de sífilis detectado y tratado entre las mujeres en clínicas antenatales	5%	5%	15%	20%	30%	30%	40%	50%
Pruebas y asesoramiento voluntarios								
Cobertura urbana de personas activas sexualmente de 15 a 49 años de edad	1%	1%	1%	1%	5%	5%	5%	5%
Cobertura rural de personas activas sexualmente de 15 a 49 años de edad	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%
Intervenciones en el lugar de trabajo (incluidos militares, camioneros)								
% de la fuerza laboral con acceso a educación paritaria del VIH	0%	2%	10%	10%	10%	10%	25%	25%
% total de condones proporcionados en el lugar de trabajo	5%	10%	20%	30%	60%	60%	60%	60%
% de empleadores de la fuerza laboral que proporcionan tratamiento a las ITS	1%	1%	5%	5%	5%	5%	15%	15%
% de hombres de la fuerza laboral, las ITS sintomáticas tratadas	1%	1%	5%	5%	80%	80%	80%	80%
% de mujeres de la fuerza laboral, las ITS sintomáticas tratadas	1%	1%	5%	5%	40%	40%	40%	40%
Medidas de seguridad de la sangre								
Proporción de unidades de sangre para transfusión analizadas, urbano	60%	80%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporción de unidades de sangre para transfusión analizadas, rural	40%	70%	90%	100%	80%	95%	100%	100%
Intervenciones de TMH								
% de mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales realizando los análisis en instalaciones urbanas	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	10%	10%	10%	10%
% de mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales realizando los análisis en instalaciones rurales	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%
% de mujeres a las que se les ofrecieron peticiones del régimen y se completaron	0%	0%	0.5%	0.5%	90%	90%	90%	90%
% de mujeres VIH positivas que llevan fórmula	0%	0%	0.5%	0.5%	50%	50%	50%	50%
Medios de comunicación								
Número promedio de campañas al año	2	2	2	2	6	6	6	6

Tabla 5: Incremento del porcentaje en la cobertura propuesto para la atención básica del VIH/SIDA para 2005

	Fuerza del programa del país			
	Muy bajo	Bajo	Mediano	Fuerte
Atención paliativa				
Proporción de personas sintomáticas que reciben atención paliativa	40%	40%	30%	30%
Manejo clínico de enfermedades oportunistas				
Proporción de personas sintomáticas que requieren manejo clínico de las infecciones oportunistas con acceso a servicios de salud que reciben atención	20%	20%	20%	20%
Prevención de las infecciones oportunistas				
Proporción de personas sintomáticas con acceso a los servicios de salud que están recibiendo atención paliativa	25%	25%	35%	35%
Atención domiciliaria				
Proporción de personas que viven con el VIH/SIDA que reciben atención domiciliaria	20%	20%	20%	20%
Atención de bebés VIH positivos				
Proporción en su último año de vida que recibe tratamiento paliativo	40%	40%	30%	30%
Proporción que requiere atención para las infecciones oportunistas con acceso a los servicios de salud que reciben atención	20%	20%	20%	20%
Atención de huérfanos				
Proporción de huérfanos en orfanatos	5%	5%	5%	5%
Proporción de huérfanos en comunidades que reciben atención	5%	5%	15%	20%
Proporción de todos los huérfanos que reciben subsidios para la educación escolar	5%	5%	15%	20%
Apoyo psicosocial y asesoramiento				
Proporción de casos de personas que viven con el VIH/SIDA que reciben apoyo psicosocial	15%	30%	30%	15%
Tratamiento				
TARAA	10%	10%	25%	25%

La Tabla 6 describe el costo unitario por intervención. Los planificadores y administradores de programas pueden usar estos datos para desarrollar un cálculo de los costos para las intervenciones en los niveles nacionales, distritales y/o comunitarios.

Tabla 6. Descripción de la fuente de cálculos del costo unitario

Nota: 1) Para todos los marcos hipotéticos de costo, se coordinan las actividades principalmente a través de los ministerios de educación. 2) No hay ninguna información disponible con respecto a los costos de la educación escolar primaria en Tanzanía, además de aproximaciones por Boerma y Bennett (1997).

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario

Intervenciones de jóvenes	
Costo por maestro capacitado, educación en la escuela primaria	**Bajo:** $75; programa simple con maestro capacitado y provisión del material básico **Mediano:** $200; incluye el desarrollo de materiales de capacitación y el establecimiento de un currículo escolar
Costo por maestro capacitado, educación en la escuela secundaria	**Bajo:** $121; programa sencillo; se asume que es un costo económico y en incremento; (Boerma y Bennet 1997), Tanzanía **Mediano:** $241; programa más amplio; se asume que es un costo económico y en incremento; Tanzanía
Costo por joven destinatario/educación paritaria para jóvenes fuera de la escuela	Se asumió un programa de educación paritaria para jóvenes fuera de la escuela. Dada la falta de datos, se asumió que los costos serían mayores que para una intervención en el lugar de trabajo, pero inferior que para una intervención para un trabajador comercial de sexo (TCS) porque los clientes son más fáciles de alcanzar. Los cálculos de costos son un promedio de los marcos hipotéticos importantes para los TCS y los programas de educación paritaria en el lugar de trabajo. **Bajo:** $8.00 **Mediano:** $10.81
Intervenciones para los trabajadores de sexo	
Costo por TCS proyectado	Proyecto de educación paritaria en Camerún, educadores sin salario y los condones no distribuidos gratuitamente; cálculo del costo total y económico (Kumaranayake y col. 1998) **Bajo:** $15.83 **Mediano:** $21.12
Costo por condón masculino distribuido, urbano	Costos de un programa de TCS en Zimbabue; se asumió que el cálculo del costo fue económico (Soderlund y col. 1993); esto proporcionó una cifra para la situación mediana, deducida del bajo costo. **Bajo:** $0.10 **Mediano:** $0.14
Costo por condón femenino distribuido	Los costos de los productos y ventas/distribución de los programas de Population Services International (PSI) en Zambia y Zimbabue (comunicaciones personales, Guy Stallworthy); costos financieros y ampliados. **Bajo:** $1.00 **Mediano:** $2.00 Estas cifras incluyen los cálculos de mercado y los costos de distribución asociados con el condón femenino. El precio al por mayor negociado del condón femenino es de aproximadamente $0.64 en los precios de 2000. La comercialización es más intensiva para el condón femenino que para el masculino.

Nota: 1) Para todas las hipótesis de costos, las actividades se coordinan principalmente a través del Ministerio de Educación. 2) No hay información disponible con respecto a los costos de la educación escolar primaria para Tanzanía, además de las aproximaciones de Boerma y Bennett (1997).

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Incremento de la distribución del condón en el sector público	
	Tomado de Zambia, donde los condones se distribuyeron sin costo alguno a través de canales públicos; cálculo de costos económicos y totales (Goodman y Watts 1995); se asume que tanto los costos urbanos como los rurales son los mismos.
Costo por condón masculino distribuido en el sector público	**Bajo:** $0.10 **Mediano:** $0.34
Costo por condón masculino para el fortalecimiento de la logística del condón	**Bajo:** $0.045 **Mediano:** $0.07
Mercadeo social del condón	
	Se tomaron las cifras de Stallworthy y Meekers (1998), que presentó el rango de costos para los programas de TCS del PSI divididos en programas de bajo, mediano y alto costo en dólares de 1996; asumiéndose que son los costos totales y financieros.
Costo por condón masculino distribuido, urbano	**Bajo:** $0.12 **Mediano:** $0.29
Costo por condón masculino distribuido, rural	**Bajo:** $0.25 **Mediano:** $0.45
Costo por condón femenino distribuido	Los mismos costos que los de los condones femeninos distribuidos en intervenciones de TCS
Mejorar los servicios de ITS	
Costo por cada caso de ITS tratado/visitado (manejo del síndrome)	**Bajo:** $12.65; intervención intensificada a través de servicios de salud existentes en Tanzanía con manejo del síndrome; económico y ampliado (Gibson y col. 1997) **Mediano:** $15; programa de control integrado de las ITS/VIH en Mozambique; están incluidos los costos de las preconsultas, notificación a la pareja, manejo del síndrome, pero excluidos la planificación y el manejo; se asume que son económicos y en aumento (Bastos y col. 1992)
Costo por mujer sometida a pruebas de detección de sífilis en los servicios de salud reproductiva	**Bajo:** $0.91; costo por mujer sometida a pruebas en Tanzanía, se asume que son económicos (Kigadye y col. 1993) **Mediano:** $2.00 del programa de Mozambique descrito previamente (Bastos y col. 1992).
Costo por caso de ITS tratado, servicios de CPN	El mismo costo al de cada caso de ITS tratado/visitado
Pruebas y asesoramiento voluntarios	
Costo por persona asesorada y sometida a pruebas	**Bajo:** $3.80; el costo de añadir las pruebas y asesoramiento voluntarios a un hospital sudafricano rural, excluyendo todos los gastos generales, pero incluyendo todos los costos comerciales de equipos de pruebas, personal de laboratorio y equipo usado; prueba rápida de Capillus, económica y en aumento **Mediano:** $13.82; costos calculados del funcionamiento de las pruebas y asesoramiento voluntarios en clínicas independientes en Uganda (Alwano-Edyegu y Marum 1999); se asume que son económicos y totales

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Intervenciones en el lugar de trabajo	
	Los datos de costo unitario para la educación paritaria se han tomado de Soderlund y col. (1993) y vienen de una intervención en lugares de trabajo en Uganda. Las cifras se han adquirido por bajo costo y se han extrapolado hacia arriba para obtener un costo mediano; se asume que es de costo económico y total.
Costo por persona en la búsqueda de empleo	**Bajo:** $0.26 **Mediano:** $0.50
Costo por caso de ITS tratado/visitado	Por el fortalecimiento del tratamiento de las ITS
Costo por condón masculino distribuido	Por la intervención de TCS
Fortalecer el sistema de transfusión de sangre	
	Los datos del costo unitario se derivan de Soderlund y col. (1993). Estas cifras se basan en los sistemas de transfusión de sangre nacionales y centralizados de Zimbabue y Uganda; se asume el cálculo del costo completo y económico.
Costo por unidad segura recolectada	**Bajo:** $5.34 **Mediano:** $18.22
TMH	
Costo por mujer sometida a pruebas	Por intervención de las pruebas y asesoramiento voluntarios; todos éstos son sólo los costos de los medicamentos
Costo por mujer VIH positiva y que recibe el régimen	**Bajo:** $5; Régimen de HIVNET 012 Nevirapina; costo por curso basado en la dosis administrada a las mujeres durante el parto y luego la dosis para el bebé después del nacimiento, basado en Marseille y col. (1999); se asume que es económico y en aumento **Mediano:** $50; CDC Thai — sólo ZDV antes y durante el parto. Costo por curso si se usa el fármaco Thai manufacturado genéricamente (ONUSIDA, 1999b); sin incluir los c ostos de transporte, sólo los precios de los medicamentos; se asume que es económico y en aumento
Costo de fortalecer el suministro de servicios en instalaciones para emprender el régimen, por mujer con resultados VIH positivos en sus pruebas	El costo de proporcionar capacitación y personal adicional para satisfacer estas necesidades se extrapoló; estos costos se derivan de Wilkinson y col. (1998), y se basan en los costos de capacitación adicional de las enfermeras y matronas en Sudáfrica rural. **Bajo:** $13.70–40% de los costos, Wilkinson y col. (1998) **Mediano:** $24.00–70% de los costos, Wilkinson y col. (1998)
Costo por mujer por seis meses de abastecimiento de leche de fórmula	Datos de bajo costo de Pazvakavambwa (1999). Se asume económico y en aumento; no incluyen costos de flete y transporte; los costos medianos se extrapolan del precio bajo; no se incluyen los costos para asegurar el acceso a aguas seguras. **Bajo:** $50 **Mediano:** $55

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Medios de información	
Costo por campaña	Los datos del costo de las campañas de información vienen de Soderlund y col. (1993) y Kumaranayake y col. (1998). Ambos son económicos de costo completo. El marco hipotético de bajo costo corresponde a un programa en Gabón, donde la campaña contrató a una firma privada, e incluye salario y gastos fijos; el marco hipotético de costo mediano se relaciona a un programa de medios de información que duró tres meses en Camerún, pagando precios comerciales por tiempo de difusión; excluyendo los costos fijos y salarios de las personas involucradas. **Bajo:** $489,565 **Mediano:** $516,817
Atención paliativa	
Costo por paciente por año	Estos costos se basan en la frecuencia calculada de estos síntomas para las personas que viven con el VIH/SIDA en África al sur del Sahara y los costos de los medicamentos para tratar los síntomas comunes (como fiebre, tos, diarrea, erupción cutánea, dolores de cabeza, náuseas), cuando se usan para derivar el costo anual por paciente; se asume que es económico y en aumento (Banco Mundial 1997ª). **Bajo:** $21.50 **Mediano:** $25.80
Manejo clínico de las infecciones oportunistas	
Costo por adulto por año de tratamiento	Los costos del manejo clínico incluyen los costos de tratamiento de infecciones oportunistas comunes en África Al sur del Sahara (como tuberculosis, muguet, pulmonía/septicemia). El costo se basa en la frecuencia estimada de las infecciones oportunistas, costo de los medicamentos y costo de la atención a los pacientes hospitalizados y ambulatorios en África al sur del Sahara. El costo de los medicamentos se ha tomado del Banco Mundial (1997a). El costo de los servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios se calculó en forma separada para los países de bajos ingresos (basado en el Banco Mundial 1997a; Hansen y col. 2000). Estos costos incluyen tanto los costos relacionados directamente con el paciente (servicios de laboratorio y medicamentos) como los costos indirectos (costos del personal e instalaciones). Para obtener cifras para los países de altos ingresos, se calculan los multiplicadores para los costos directos e indirectos basándose en los costos relativos del tratamiento de la TB en pacientes ambulatorios y hospitalizados en Sudáfrica (Floyd y col. 1997), Malaui, Mozambique y Tanzanía (De Jonghe y col. 1994); se asume de costo económico y completo. Países de bajos ingresos: **Bajo:** $247 **Mediano:** $359 Países de altos ingresos: **Bajo:** $471 **Mediano:** $698

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Prevención de infecciones oportunistas	
Costo por adulto por año de profilaxis para las infecciones oportunistas (INH y Cotrimoxazole)	Dada la duplicación de actividades en la proporción de terapia preventiva de la TB y Cotrimoxazole (monitoreo, costos de visitas ambulatorias), los costos conjuntos de administrar INH y Cotrimoxazole son estimados. Para los países de bajos ingresos, los datos sobre los costos se adaptan de Aisu y col. (1995) en Uganda por seis meses de terapia preventiva de INH e incluyen costos de pruebas cutáneas iniciales, pruebas (radiografía del tórax, examen microscópico de esputo) para determinar la TB activa y los costos administrativos y del personal. Los costos de los países de altos ingresos se adaptan de Masobe y col. (1995) en Sudáfrica e incluyen costos de pruebas, suministro de medicamentos (INH cinco veces a la semana por seis meses), monitoreo y costos del personal y de transporte. Los datos relacionados con el costo de Cotrimoxazole se toman de Guinness (2000). No se incluyen costos adicionales para las pruebas del VIH, porque se asumen que están incluidos en los costos relacionados a las pruebas y asesoramiento voluntarios; se asume que los costos son económicos y en aumento. Países de bajos ingresos: **Bajo:** $30 **Mediano:** $36 Países de altos ingresos: **Bajo:** $64 **Mediano:** $79
Atención domiciliaria	
Costo sustentado por persona que vive con el VIH/SIDA	Los cálculos de los costos vienen de proyectos en Zimbabue y Zambia (Chela y col. 1994; Gilks y col. 1998). Son de intervenciones que tienden a tener una cobertura muy baja entre las poblaciones clave (menos del 10% de la población elegible de Zambia y Zimbabue); se asume que son económicos y de costo total. **Bajo:** $63 **Mediano:** $197
Atención a los niños VIH positivos	
Costo de la atención paliativa por niño	Asumiendo dos tercios de los costos de la atención de adultos Bajo: $14.30 Mediano: $17.20
Costo del manejo clínico de las infecciones oportunistas por niño	Países de bajos ingresos: **Bajo:** $163 **Mediano:** $237 Países de altos ingresos: **Bajo:** $311 **Mediano:** $461

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Apoyo a los huérfanos	
Costo por niño en un orfanato	Los gastos de mantenimiento incluyen alimento, vestimenta y productos básicos. Los gastos escolares incluyen subsidios por derechos de matrícula y uniformes. Basados en estimados de Boerma y Bennet (1997) para la atención de orfanato en Tanzanía; se asume que son económicos y de costo total. **Bajo:** $120 **Mediano:** $180
Costo por niño para asistencia comunitaria con gastos de mantenimiento	Tomados de Drew y col. (1998) para programas en Zimbabue, implementados por organizaciones comunitarias, usando voluntarios que visitaron familias con huérfanos; se asume que el costo es económico y total. **Bajo:** $9 **Mediano:** $35 Derivado de Boerma y Bennett (1997), en el contexto de programas distritales para comunidades en lugares de alto predominio. Esto incluye el apoyo a nuevos huérfanos y puestos de alimentación para la comunidad; se asume que los costos son económicos y totales.
Costo por niño para los gastos escolares	Basado en estimados de Boerma y Bennett (1997) para Tanzanía. Pesó el promedio de los costos escolares primarios y secundarios; se asume que son económicos y de costo total. **Bajo:** $25 **Mediano:** $33
Apoyo psicosocial y asesoría	
Costo por persona alcanzada	Se extrapolaron los costos de los costos de las pruebas y asesoramiento voluntarios. No hay ningún cálculo publicado de los costos. **Bajo:** $3 **Mediano:** $6
Fortalecimiento institucional	
	Estos costos están relacionados a la fortaleza de los programas existentes (muy bajo, bajo, mediano y fuerte) y se basan en estimados para la aplicación de la MTP-III en Tanzanía.
Costo per cápita para los países con programas de muy baja fuerza	**Bajo:** $0.021 **Mediano:** $0.026
Costo per cápita para los países con programas de baja fuerza	**Bajo:** $0.015 **Mediano:** $0.019
Costo per cápita para los países con programas de mediana fuerza	**Bajo:** $0.010 **Mediano:** $0.013
Costo per cápita para los países con programas fuertes	**Bajo:** $0.006 **Mediano:** $0.008

Tabla 6: Fuente de los cálculos del costo unitario (continuación)	
Tratamiento (TARAA)	
Costo por persona tratada con la terapia de combinación triple	La estructura para calcular los costos de la TARAA sigue el Modelo de Atención del ONUSIDA (ONUSIDA 2000a). El costo por persona incluye los costos de medicamentos, monitoreo, capacitación del personal, transporte, fortalecimiento de las instalaciones para la administración del tratamiento con antirretrovirales, y el apropiado manejo clínico y suministro de medicamentos para tratar los efectos secundarios, las reacciones adversas y el alivio básico del dolor, como la profilaxis para las infecciones oportunistas. El mayor componente del costo unitario es el costo de los medicamentos. Estos precios cambian rápidamente y reflejan las diferentes combinaciones de medicamentos que se pueden recetar. Para el marco hipotético de bajo costo, un precio promedio de medicamentos es de US$1.400 anualmente por persona. Esto se basa en negociaciones recientes entre Senegal y las compañías farmacéuticas relacionadas con la compra en grandes cantidades de antirretrovirales (Compañías farmacéuticas 2000). El precio de los medicamentos para el marco hipotético de costo mediano es de US$2.635, basado en la experiencia brasileña de 1999 de compras de antirretrovirales (Panos 2000). En comparación, el precio negociado para las compras de Uganda en mayo de 2000 fue de US$4.201, y el precio en los Estados Unidos fue de US$9.905. Los costos de monitoreo reflejan los costos del monitoreo de la carga viral, el recuento de células CD–4, la química de la sangre, el transporte y la visita de pacientes ambulatorios de una variedad de fuentes (Guinness 2000; Panos 2000; Banco Mundial 1997a). Los cursos de capacitación del personal se basan en el cálculo de Masobe y col. (1995) para los costos de capacitación de aplicación de la terapia preventiva y se ajustan hacia abajo para los países de bajos ingresos basados en multiplicadores ambulatorios para los costos directos descritos previamente en el cálculo de costos de manejo clínico. Los costos del manejo clínico apropiado, para que los medicamentos traten los efectos secundarios, reacciones adversas, el alivio básico del dolor, y para la profilaxis de las infecciones oportunistas se obtienen de las mismas fuentes descritas previamente. Se asume que los costos son económicos y en aumento. Países de bajos ingresos: **Bajo:** $1,993 **Mediano:** $3,468 Países de altos ingresos: **Bajo:** $2,393 **Mediano:** $4,049

Preguntas de clave de implementación para el cálculo de costos y uso de recursos

El siguiente es un resumen de las preguntas clave de implementación para el cálculo de costos y uso de recursos del Módulo 6.

Preguntas clave de implementación para el cálculo de costos y uso de recursos de la ECR

Asignación de recursos de la ECR

- ¿Qué criterios se usan para asignar recursos en su programa?
- ¿Ha considerado usted los criterios basados en la necesidad? ¿Ha establecido prioridades para los grupos destinatarios?
- ¿Ha evaluado usted o calificado la fuerza relativa de su programa?
- ¿Ha considerado usted la eficacia en función de los costos de las intervenciones clasificadas? ¿Ha considerado usted la complejidad de suministrar intervenciones clasificadas? ¿Ha considerado usted el costo per cápita del suministro de intervenciones clasificadas?

Cálculo del costo de la ECR

- Al calcular el costo de su plan de ECR, ¿ha incluido cada uno de los siguientes pasos?
  - Paso 1 — Establecer el tamaño de los grupos destinatarios.
  - Paso 2 — Definir la cobertura presente y futura de programa.
  - Paso 3 — Considerar impedimentos de implementación existentes.
  - Paso 4 — Calcular los costos.

Lectura adicional

Adaptado principalmente de:

Banco Mundial. Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates. Preparado para el Foro de Desarrollo Africano. Diciembre 2000.

Referencias detalladas

Adler M, Foster S, Grosskurth H, Richens J, Slavin H. Sexually Transmitted Infections: Guidelines for Prevention and Treatment. Health and Population. Occasional Paper. London: Department for International Development, 1998.

Ainsworth M, Teokul W. Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less developed countries. *Lancet* 2000; 356: WA 35–40.

Aisu T, Raviglione MC, van Praga E, et al. Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda: An operational assessment at a voluntary counseling centre. AIDS 1995; 9: 267–73.

Alwano-Edyegu M, Marum E. *Knowledge Is Power: Voluntary Counseling and Testing in Uganda.* Ginebra: ONUSIDA, 1999.

Bastos dos Santos R, Folgosa EMP. Fransen L. *Reproductive Tract Infections in Mozambique: A Case Study of Integrated Services.* In A. German, et al., eds Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health. Nueva York: Plenum Press, 1992.

Bell JC, Rose DN, Sacks HS. Tuberculosis preventive therapy for HIV infected people in sub-Saharan Africa is cost-effective. *AIDS* 1999; 13: 1549–56

Binswanger H P. Scaling up HIV/AIDS programs to national coverage. *Science* 2000; 288: 2173–5.

Boerma, T, Bennett J. Costs of district AIDS programes. In J Ng'weshemi, T Boerma, J Bennett, D Schapink, eds. *HIV Prevention and Aids Care in Africa* 21: 353–70. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1997.

Broomberg J, Söderlund N, Mills A. Economic análisis at the global level: A resource requirement model of HIV prevention in developing countries. *Health Policy* 1996; 38: 45–65.

Bureau of Statistics (Tanzania), Macro International Inc. *Trends in Demographic, Family planning, and Health Indicators in Tanzania.* Calverton, Md.: Bureau of Statics and Macro International, Inc., 1997.

Chela CM con Msiska R, Sichone M, Muyinga B, Marin A, Yamba CB, Anderson S, Van Praga E. Cost and Impact of Home-Based Care for People Living With HIV/AIDS in Zambia 1994. Ministry of Health, Zambia, and Global Programme on AIDS, Organización Mundial de la Salud, 1994.

Colebunders R, Karita E, Taelman H, Mugyenyi P. Antiretroviral treatment in Africa. *AIDS* 1997; 11 (Suppl. B): S107–13.

Costello Daly C, Franco L, Chilongozi DAT, Dallabetta G. A cost comparison of approaches to STD treatment in Malawi. *Health Policy and Planning* 1998; 13(1): 87–93.

Cohen J. Is AIDS in Africa a Distinct Disease? Science 2000; 258: 2153–5.

Creese A, Parker D, eds. *Cost Analysis in Primary Health Care: A Training Manual for Programme Managers.* OMS: Ginebra, 1994.

De Jonghe E, Murria CJL, Chum HJ, et al. Cost-effectiveness of chemotherapy for sputum smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi. Mozambique and Tanzania. *International Journal of Health Planning and Management* 1994; 9: 151–81.

Drayton J. Intervenciones del Banco Mundial VIH/SIDA: Ex–Ante and Ex–Post Evaluation. World Bank Discussion Paper No. 389, Washington, D.C.: Banco Mundial, 1998.

Drew RS, Makufa C, Foster G. Strategies for providing care and support to children orphaned by AIDS. *AIDS Care* 1998; 10 (Suppl.): S9–15.

Drug Companies, Senegal Agrees to Low Cost HIV Drug Pact. *Wall Street Journal* (Oct. 24, 2000).

Floyd K, Gilks C. *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-Retroviral Therapy: The Implications of Anti-Retroviral Treatments.* OMS: Ginebra, 1997.

Floyd K, Wilkinson D, Gilks CF. Community-Based, Directly Observed Therapy for Tuberculosis: an Economic Analysis. Cape Town: South African Medical Research Council, Corporate Communications División, 1997.

Forsythe SS. The affordability of antiretroviral therapy in developing countries: What policy-makers need to know. *AIDS* 1998; 12 (Suppl. 2): S11–18.

Foster G, Makufa C, Drew R, Kambeu S, Saurombe K. Supporting children in need through a community-based orphan visiting programme. *AIDS Care* 1996; 8 (4): 389–403.

Foster G, Shakespeare R, Chinemana F, Jackson H, Gregson S, Marangue C, Mashumba S. Orphan prevalence and extended family care in a Peri-Urban community in Zimbabwe. *AIDS Care* 1995; 7 (1): 3–17.

Foster S. Supply and use of essential drugs in sub-Saharan Africa: Some issues and posible solutions. *Social Science and Medicine* 1991; 32 (11): 1201–18.

Gerbase A. Estimates of Curable Untreated STIs. Datos no publicados, 1999.

Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J. Squire B, Wilkinson D. *Care and Support for People with HIV/AIDS in Resource-Poor Settings.* Londres: Department for International Development, 1998.

Gilks CF, Katabira E, De Cock, K. The challenge of providing effective care for HIV/AIDS in Africa. *AIDS* 1997; 11 (Suppl.): S9–106.

Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H, Mosha F, Picard J, Gavyole TJ, Mayaud P, Swai R, Fransen L, Mabey D, Mills A., Hayes R. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania, *Lancet* 1997; 350: 1850–9.

Goodman H, Watts C. Resource Allocation for HIV Prevention: Report on Pilot Study in Zambia. Report for WHO/GPA, 1995.

Grant AD, Djomand G, De Cock KM. Natural history and spectrum of disease in adults with HIV/AIDS in Africa. *AIDS* 1997; 11 (Suppl. b): 43–54.

Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania. *Lancet* 1995; 346: 530–6.

Guinness L. Economic Analysis of Cotrimoxazole Prophylaxis in PLHA. Presentación. Durban, Sudáfrica, 2000.

Hansen K, et al. The costs of hospital care at government health facilities in Zimbabwe with special emphasis on HIV/AIDS patients. *Health Policy and Planning* 2000: 15 (4).

Kamali A, et al. The orphan problem: Experience of a sub-Saharan Africa population in the AIDS epidemic. *AIDS Care* 1996; 8 (5): 509–15.

Kerkhoven R, Jackson H. *Community Care: Not Just in the Home*. Harare, Zimbabwe: SAfAIDS, 1997.

Kigadye RM, Klokke A, Nicoll A, Nyamuryekung'e KM, Borgdorff M, Barongo L, Laukamm-Josten U, Lisekie F, Grosskurth H, Kigadye F. Sentinel surveillance for HIV-1 among pregnant women in a developing country: Three years' experience and comparison with a population sero survey. *AIDS* 1997; 7 (6): 849–55.

Kritski AL. Tuberculosis preventive therapy for HIV-infected persons in less developed countries. *Int Journal Tuberc Lung Dis* 2000; 4 (2): S76–81.

Kumaranayake L, Mangtani P, Boupda-Kuate A, Foumena Abada J C, Cheta C, Njoumemi Z, Watts C. Cost-Effectiveness of a HIV/AIDS Peer Education Programme among Comercial Sex Workers: Results from Cameroon. Presentation at the XII World AIDS Conference. Ginebra, junio 28–julio 3, 1998.

Kumaranayake L, Pepperall J, Goodman H, Mills A, Walker D. Costing Guidelines for HIV/AIDS Prevention Strategies. UNAIDS Best Practice Collection — Key Materials, 2000 (http: //www.unaids.org/Revised/cube_frame.html).

Kumaranayake L, Watts C. Scaling-up Priority Health Programes: A Problem of Constrained Optimisation. LSHTM, 2000a.

Kumaranayake L, Watts C. Economic costs of HIV/AIDS prevention activities in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2000b; 14 (Suppl. 3): S239–52.

Kumaranayake L, Watts C, Vickerman P, et al. Cost-effectiveness of a School Education Program for HIV Prevention: Results from Cameroon. XI International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka (abstract 13DT2–2), setiembre 1999.

Lim JY, Chew BW, Phua, KH. An economic analysis of AIDS — towards a proposed model of costing: a Singapore experience. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 1994; 7 (3): 143–50.

Marseille E, Kahn JG, Mmiro F, Guay L, Musoke P, Fowler MG, Jackson JB. Cost-effectiveness of single-dose Nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. *Lancet* 1999; 354: 803–9/

Marseille E, Kahn JG, Saba J. Cost-effectiveness of antiviral drug therapy to reduce mother-to-child-HIV transmisión in sub-Saharan Africa. *AIDS* 1998; 12 (8): 939–48.

Masobe P, Lee T, Price M. Isoniazid prophylactic therapy for tuberculosis in HIV-serpositive patients — a least cost analysis. *South African Medical Journal* 1995; 85 (2): 75–81.

Mayaud P, Grosskurth H, Dhangalucha J, Todd J, West B, Gabone R, Senkoro K, Rusizoka M, Alga M, Hayes R, Mabey D. Risk assessment and other screening options for gonorrhoea and chlamydial infections in women attending rural Tanzanian antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 1995; 73 (5): 621–630.

Ministry of Health, Tanzania. Strategic Framework for the Third Médium Term Plan (MTP-III) for Prevention and Control of HIV/AIDS/STDs 1998–2002. The United Republic of Tanzania, National Aids Control Programme, 1995.

Mangtani P. Epidemiological and Behavioral Analysis of a Peer Education Intervention among Comercial Sex Workers and Their Clients: Field-Report form Cameroon. Informe preparado por la GPA/ONUSIDA, 1996.

Munguti K, Grosskurth H, Newell J, Senkoro K, Mosah F, Todd J, Mayaud P, Gavyole A, Quigley M, Hayes R. Patterns of sexual behavior in a rural population in North-Western Tanzania. *Social Science and Medicine* 1997; 44 (10): 1553–61.

O'Brien RJ, Perriens JH. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection: The promise and the reality. *AIDS* 1995; 9: 665–73.

Osborne CM, van Praag E, Jackson H. Models of care for patients with HIV/AIDS. *AIDS* 1997; 11 (Suppl.): S135–42.

Over M. The effect of scale on cost projection for a primary health care program in a developing country. *Social Science and Medicine* 1986; 22 (3): 351–60.

Over M. Coping with the impact of AIDS. *Finance and Development*. Marzo 1998; 22–24.

Over M. The Public Interest in a Private Disease: An Economic Perspective on the Government Role in STD and HIV Control. En KK Holmes, PF Sparling, P-A Mardh, SM Lemon, WE Stamm, P Piot, JN Wasserheit, eds. *Sexually Transmitted Diseases.* New York: McGraw Hill, 1999.

Panos Institute. *Beyond our Means? The Cost of Treating HIV/AIDS in the Developing World.* Londres: Panos Institute, 2000.

Pazvakavambwa B. Estimates of Supply Needs to Support PMTCT 1999–2008: Assumptions. Anteproyecto (1999).

Rowley JT, Anderson RM. Modeling the impact and cost-effectiveness of HIV prevention efforts. *AIDS* 1994; 8 (4): 539–48.

Scitovsky AA, Over M. AIDS: Cost of care in the developed and the developing world. *AIDS* 1988; 2 (Suppl. 1): S71–81.

Smith JB, Lewis J. The female condom. *IPPF Medical Bulletin* 1998; 32 (3): 1–2.

Soderlund N, Broomberg J, Lavis J, Mills A. The costs of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries. *WHO Bulletin* 1993; 71 (5): 595–604.

Soderlund N, Zwi K, Kinghorn A, Gray G. Prevention of vertical transmisión of HIV: Analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. *British Medical Journal* 1999318: 1650.

Stallworthy G, Meekers D. An Analysis of Unit Costs in Selected Condom Social Marketing Programs, 1990–1996. Presentación en la XII Conferencial Mundial sobre el SIDA, Ginebra, junio 28–julio 3, 1998.

Stover J. The Expected Child Survival Benefits of Programs to Reduce Mother-to-Child Transmisión of HIV. Ponencia presentada en la reunión anual de 1999 de la Asociación de la Población de América, 1999.

Sover J, Bollinger L. *The Economic Impact of AIDS in Africa.* Glastonbury, Conn.: The Futures Group International, 1999.

Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injections drug users be prevented? *AIDS* 1988; 12 (Suppl. A): S71–9.

Sweat M, Sangiwa G, Balmer D. HIV counseling and testing in Tanzania and Kenya is cost-effective: Results from the voluntary HIV counseling and testing study. *Int Conf Aids* 1998; 12: 648 (abstract 580/33277).

UNAIDS. *HIV-Related Opportunistic Diseases: UNAIDS Technical Update.* Ginebra: ONUSIDA, 1998a.

UNAIDS. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.* Ginebra: ONUSIDA/OMS, 1998b.

UNAIDS. *AIDS Epidemic Update: December 1999.* Ginebra: ONUSIDA/OMS, 1999a.

UNAIDS. *Prevention of HIV Transmission from Mother to Child. Strategic Options.* Ginebra: ONUSIDA, 1999b.

UNAIDS. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.* Ginebra: ONUSIDA, 2000a.

UNAIDS. UNAIDS/WHO Hail Consensus on Use of Cotrimoxazole for Prevention of HIV-Related Infections in Africa. Comunicado de prensa de ONUSIDA, 2000b. (http: //www.unaids.org/whatsnew/press/eng/geneva050400.html).

UNDP. *Human Development Report 1995.* Nueva York: Oxford University Press, 1996.

UNDP. *Human Development Report 1996.* Nueva York: Oxford University Press, 1997.

UNDP. *Human Development Report 1998.* Nueva York: Oxford University Press, 1998.

UNDP. *Human Development Report 1999.* Nueva York: Oxford University Press, 1999.

UNICEF. *The Progress of Nations.* Nueva York: UNICEF, 1999.

van de Perre P, Diakhate L, Watson-Williams J. Prevention of blood-borne transmission of HIV. *AIDS* 1997; 11(Suppl.): S89–98.

Van der Veen FH, Ndoye I, Guindo S, Deschampheleire I, Fransen L. Management of STDs and cost of treatment in primary health care centres in Pikine, Senegal. *International Journal of STDs and AIDS* 1994; 5 (4): 262–7.

Watts C. Capture-Recapture as a tool for the evaluation of interventions focused on sex workers and their clients. Ph.D. thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine. No publicado (1999).

Watts C, Kumaranayake L. Developing Cost-Effectiveness Tools for Decision Makers in Sub-Saharan Africa: Progress and Challengers. Anteproyecto (1999a).

Watts C, Kumaranayake L. Thinking big: scaling-up HIV-1 interventions in Sub-Saharan Africa. *Lancet* 1994b; 354: 1492.

Whiteside A, Stover J. The demographics and economic impact of Aids in Africa. *AIDS* 1997; 11 (Suppl. B): 555–62.

Wilkinson D, Floyd K, Gilks CF. Antiretroviral drugs as a public health intervention for pregnant HIV-infected women in rural South Africa: An issue of cost-effectiveness and capacity. *AIDS* 1998; 12: 1675–82.

Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martín D, Smith A, Floyd K, Ballard R. On-site HIV testing in resource-poor settings: Is one rapid test enough? *AIDS* 1997; 11: 377–81.

World Bank. AIDS Prevention and Mitigation in Sub-Saharan Africa: A Strategy for Africa. Report number 15569. Washington, D.C.: Human Resources and Poverty División, Technical Department, Africa Region, 1996.

World Bank. *Confronting Aids: Public Priorities in a Global Epidemic.* Nueva York: Oxford University Press, 1997a.

World Bank. *World Development Report 1997.* Nueva York: Oxford University Press, 1997b.

World Bank. *World Development Report 1998.* Nueva York: Oxford University Press, 1998.

World Bank. *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis; Africa Region.* Washington, D.C.: Banco Mundial, 1999.

World Bank. *World Development Indicators.* Nueva York: Oxford University Press, 2000.

World Health Organization. AIDS: Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease. *Weekly Epidemiological Record* 1990; 65: 221–8.

World Health Organization. *Reproductive Health.* WHO/RHT/MSM/96.28. Ginebra: OMS, 1996.

World Health Organization. Policy Statement on Preventive Therapy Against Tuberculosis in People Living UIT HIV. WHO/TB/98. 255; UNAIDSS 98.34. Ginebra: OMS, 1998.

World Health Organization. *The World Health Report 2000: Investing in Health Systems.* Ginebra: OMSss, 2000a.

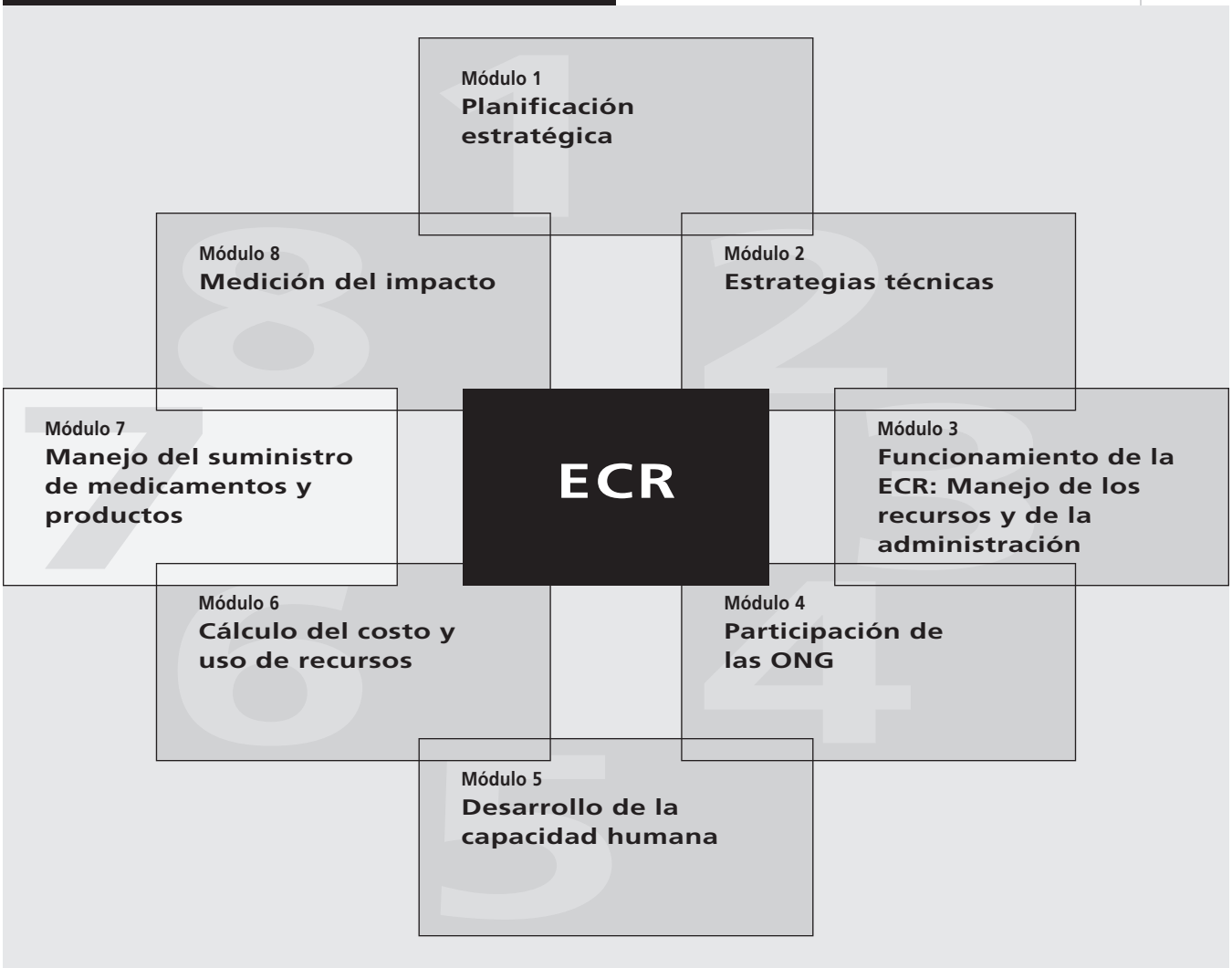
World Health Organization. Blood Safety for too few. Comunicado de prensa. WHO/25, 7 de abril de 2000 (http: //who.www.who.int), 2000b.

Working Group on Mother-To-Infant Transmission of HIV. Rates of mother-to-infant-transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: Results from 13 perinatal studies. *J Acquir Immun Defic Syndr Retrovirol* 1995; 8: 506–10.

Módulo 7

Manejo del suministro de medicamentos y productos

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Qué medicamentos y productos básicos para la salud se necesitan?
- ¿De dónde vendrán?
- ¿Cómo se pagarán?
- ¿Cómo se distribuirán y administrarán?

Una consideración crítica al planificar una ECR es asegurar un suministro adecuado y confiable de medicamentos esenciales y productos básicos para la salud, especialmente para programas de intervención que incorporan atención y tratamiento.

El Módulo 7, Manejo del suministro de medicamentos y otros productos:

- Resume un enfoque al manejo de la ECR de los medicamentos y productos básicos para la salud
- Describe el ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud
- Trata sobre la definición y el desarrollo de un enfoque de la ECR del manejo de productos básicos de la salud y medicamentos
- Enumera preguntas clave de implementación de la ECR con respecto al manejo de medicamentos y productos básicos para la salud para los planificadores y administradores de programas
- Proporciona referencias y recursos para lectura adicional.

Definición de un enfoque para la ECR con respecto al manejo de medicamentos y productos básicos para la salud

Al definir las metas de la ECR claramente *antes* de desarrollar un enfoque para el manejo de medicamentos y productos beasiicos para la salud, se asegura que ese enfoque apoyará la ECR apropiadamente. Las metas de la ECR pueden incluir:

- La ampliación para prestar los mismos servicios a más personas;
- La ampliación para prestar nuevos servicios a las mismas personas;
- La ampliación para prestar nuevos servicios a una población destinataria nueva;
- Mejorar la calidad de los servicios prestados.

La colaboración entre los gobiernos, las ONG, el sector privado y las agencias donantes internacionales puede ser eficaz al abordar las barreras para mejorar el acceso a medicamentos y productos básicos de salud para los programas contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la transparencia es necesaria — tanto en el proceso como en los detalles de la iniciativa — para evitar el conflicto y enfrentamiento, especialmente en referencia a las rebajas del precio de los medicamentos. Además, es de vital importancia que los socios y colaboradores tengan funciones y responsabilidades claras y acordadas.

Observe que los principios generales esbozados en este módulo se aplican a los medicamentos y a todos los productos básicos que se describen a continuación. Se da una especial consideración en todo el módulo a temas relacionados con el apoyo de laboratorio para la ECR. El apoyo de laboratorio incluye una variedad amplia de pruebas para prevenir la transmisión del VIH y para el manejo de la vigilancia, el diagnóstico y la enfermedad. Estos servicios de laboratorio se integran típicamente a un banco de sangre, a laboratorios de salud pública, de referencia o clínicos y no se manejan verticalmente. Pero, con contribuciones importantes de los donantes y el apoyo para el VIH, algunas veces se han escogido las pruebas del VIH para su fortalecimiento y se manejan fuera de, o de forma paralela a los sistemas existentes de manejo de laboratorio.

Definición de medicamentos esenciales, medicamentos relacionados con el VIH/SIDA, productos básicos para la salud y equipo de laboratorio para la ECR

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población, a un precio que tanto ellos como la comunidad pueden permitirse. Estos medicamentos deberían estar disponibles en todo momento, en montos adecuados y en dosis apropiadas.

Los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA incluyen:

- Medicamentos para prevenir infecciones oportunistas
- Medicamentos para la atención paliativa y de apoyo

- Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Medicamentos para tratar infecciones oportunistas
- Medicamentos para tratar cánceres relacionados con el VIH
- Antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo
- Los antirretrovirales para la profilaxis de los pinchazos de aguja
- Los antirretrovirales para el tratamiento clínico del SIDA
- Los antirretrovirales para los pacientes con VIH, para prevenir o desacelerar el progreso al SIDA

Los productos básicos relacionados con el VIH/SIDA incluyen:

- Condones
- Equipos para las pruebas del VIH
- Otros equipos de diagnóstico, como los equipos para diagnosticar las ITS e infecciones oportunistas
- Reactivos
- Guantes
- Decolorante y otros desinfectantes
- Equipo y suministros de laboratorio
- Equipo médico y suministros, como agujas y jeringas
- Cubo de basura para el desecho de material cortopunzante

El equipo de laboratorio consta de herramientas y máquinas, tanto manuales como automatizadas, que se usan para realizar los análisis de laboratorio, incluidos:

- Microscopios
- Analizadores automáticos, como los lectores de análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA)
- Pipetas de precisión
- Centrífugas
- Incubadoras
- Refrigeradoras
- Congeladores

Algunos de los equipos de laboratorio altamente técnicos requieren marcas comerciales únicas de reactivos para las pruebas o equipos adicionales. Todos los equipos requieren mantenimiento y reparación especializadas preventiva.

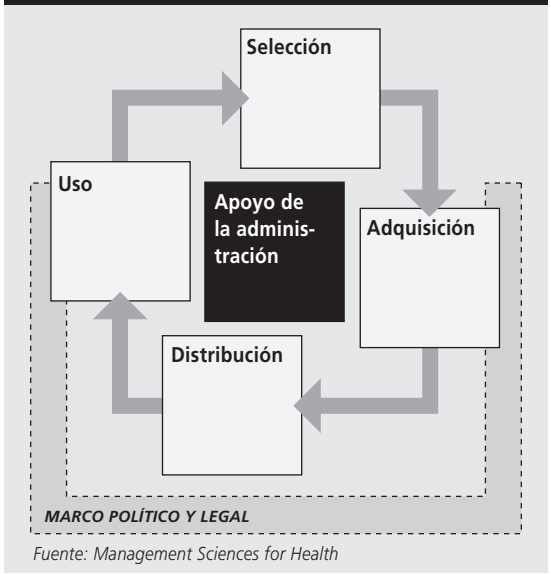
El ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud

El ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud tiene seis componentes importantes:

- Sistemas de apoyo a la administración
- Selección
- Adquisición
- Distribución
- Uso
- Marco político y legal

El ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud se describe visualmente a continuación:

Ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud



Fuente: Management Sciences for Health

Las cuatro funciones básicas del ciclo son la selección, la adquisición, la distribución y el uso. Al centro, hay un núcleo de sistemas de apoyo administrativo — organización, financiamiento y sostenimiento — que mantienen el ciclo en sitio. El ciclo entero se apoya en un marco político y legal que establece y apoya el sistema, asegurando la disponibilidad y el uso de medicamentos esenciales y productos básicos para la salud.

Para cada componente del ciclo, los planificadores necesitan esbozar temas específicos para tomar en consideración. La importancia de cada tema variará

de acuerdo a muchos factores, incluyendo el contexto local, el grado en que un sistema de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud se descentraliza, si se proporcionan los servicios en el sector público o privado, y la capacidad existente del sistema de medicamentos y productos básicos para la salud. Se puede aplicar el ciclo tanto a los sectores público como privado, o a una combinación de los dos, y adaptarse a sistemas centralizados y descentralizados. Algunas actividades, como el ofrecimiento, la adquisición común y la garantía de calidad, se pueden lograr más eficientemente en los niveles centralizados. A continuación, se presentan más detalles de las descripciones de los seis componentes del ciclo:

Componente 1 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Sistemas de apoyo a la administración

Administrar el sistema de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR es significativamente más complejo que hacerlo para un suministro de rutina. Los sistemas de apoyo a la administración deben ser flexibles debido a que el crecimiento puede suceder más rápido o más lento de lo planificado. La cuantificación de los programas contra el VIH/SIDA pueden también ser complejos. Para asegurar que el manejo y el suministro de medicamentos y productos básicos para la salud sean apropiados para la ECR, es importante:

- Incluir personal de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud en el proceso de planificación de la ECR.
- Mantener al personal de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud informados de los cambios de los plazos y metas para reducir al mínimo la escasez o el desperdicio.
- Enfocarse en un conjunto central de actividades para permitir la ampliación cuando la capacidad de aplicación sea limitada.

Los administradores del programa pueden considerar integrar el suministro de medicamentos y productos básicos para la salud de los programas relativos al VIH/SIDA a un sistema existente, o establecer uno o más sistemas verticales, donde los pasos del ciclo de manejo de los medicamentos y productos básicos de salud se lleven a cabo en forma separada para cada programa. La integración de sistemas de suministro tiene la ventaja de reducir la duplicación del personal y de las actividades. Pueden surgir dificultades si los donantes que ayudan a financiar el sistema requieren prácticas especiales de rendición de cuentas de sus productos con requisitos previos, programas y procedimientos diferentes. De otro lado, los sistemas verticales pueden ser costosos de establecer, y los sistemas que están bastante subsidiados por donantes pueden ser financieramente no sostenibles y difíciles de administrar. Pero, cuando los sistemas verticales eficaces están ya establecidos, no se recomienda reemplazarlos con un sistema integrado, hasta que el nuevo sistema esté en funcionamiento, particularmente en cuanto a medicamentos cuya escasez puede tener un gran impacto, como los antituberculosis (TB) y antirretrovirales.

Aspectos clave de los sistemas de apoyo administrativo — financiamiento y sostenimiento, manejo de la información de medicamentos y productos básicos para la salud, y el manejo de los recursos humanos — se describen a continuación. Se incluye una discusión sobre temas especiales del manejo del laboratorio.

Financiamiento y sostenibilidad. Es esencial identificar, durante la planificación de la ECR, fuentes confiables para el financiamiento a largo plazo de los medicamentos y productos básicos para la salud, incluidos productos básicos de laboratorio, especialmente medicamentos contra la tuberculosis y los antirretrovirales. El desarrollar una estrategia de financiamiento de medicamentos y productos básicos de salud debe tener una prioridad alta e incluir un plan de promoción de la causa para la ECR. La estrategia financiera puede también incluir esfuerzos para mejorar el uso de los fondos existentes aumentando la eficiencia dentro del ciclo de manejo de medicamentos y de productos básicos para la salud (selección, adquisición, distribución y uso). Las opciones para aumentar el financiamiento incluyen tener argumentos para un mayor financiamiento gubernamental, introducir o aumentar las tarifas de uso (recuperación de gastos), aumentando o añadiendo cobertura de seguro de salud para medicamentos y productos básicos para la salud y/u obteniendo asistencia de los donantes. Las consideraciones a nivel político con respecto a los mecanismos de colocación de fondos y financiamiento incluyen el acceso a medicamentos y productos básicos para la salud, el uso racional, la eficacia del sistema, la equidad, la sostenibilidad a largo plazo y los requisitos administrativos. La

sostenibilidad financiera probablemente requerirá una combinación de mecanismos de financiamiento para satisfacer las necesidades en crecimiento. La planificación también necesita tomar en cuenta los efectos proyectados de la inflación y sus fluctuaciones monetarias actuales, debido a que adquisiciones futuras se verán afectadas significativamente por estos factores económicos.

Otros temas de planificación a largo plazo incluyen los aumentos en la demanda de servicios y productos básicos, y la realidad de que algunos medicamentos podrían ser desviados para tratar enfermedades no relacionadas con el VIH cuando los medicamentos para estos programas están limitados. Por ejemplo, se pueden usar los antibióticos proporcionados para los programas contra las ITS para tratar otros tipos de infecciones.

Cuando cantidades significativas de medicamentos y productos básicos se obtienen y distribuyen, la corrupción puede convertirse en un problema importante. Se puede requerir de un manejo financiero mejorado y de sistemas de anticorrupción para asegurarse de que los recursos comprometidos por los gobierno, donantes y otros socios sean manejados usando los estándares internacionales de rendición de cuentas. Algunos mecanismos que pueden mejorar la rendición de cuentas y la transparencia son separar las responsabilidades clave, asegurar la administración apropiada del efectivo, proporcionar auditorías regulares de los procedimientos financieros y hacer pública la verificación de cuentas.

Manejo de la información sobre medicamentos y productos básicos para la salud. Un sistema de manejo de la información sobre medicamentos y productos básicos para la salud recopila, revela y usa esa información para la toma de decisiones, incluyendo el uso del rastreo, predicción de las necesidades y cuantificación para las adquisiciones. Otras funciones importantes de un sistema de manejo de la información son mejorar la rendición de cuentas y crear una pista de verificación para rastrear productos que ingresen o egresen del sistema de suministros.

El diseño o los cambios del sistema de manejo de la información se pueden basar en las necesidades de los usuarios a cada nivel, desarrollando formularios existentes, informes y procedimientos. Cuando se necesiten fortalecer los sistemas de manejo de la información, empezar con lo que ya existe es una estrategia de bajo costo. La capacitación y supervisión del personal para asegurarse de que los registros existentes se llenen correctamente y se presenten a tiempo, puede mejorar de manera significativa el suministro y uso de medicamentos y productos básicos para la salud. Algunos ejemplos incluyen el uso de medicamentos y datos de consumo presentados por el personal distrital a la central de adquisiciones para la cuantificación de los requerimientos, y los expedientes médicos usados para revisar las prescripciones para lograr una prescripción racional.

Manejo de los recursos humanos. El manejo de los recursos humanos es una parte sumamente importante de los sistemas de apoyo a la administración. Una inversión a largo plazo en el aumento de la capacidad del personal para trabajar en forma eficaz en el sistema de manejo de los medicamentos y productos básicos para la salud ayudará a producir un suministro de éstos últimos que son de tanta necesidad.

Se necesitan desarrollar actividades de capacitación para el personal que trabaja en asuntos médicos, como el criterio de diagnóstico, las directrices para estándares de tratamiento (STG) y directrices clínicas. Asimismo, el personal que trabaja con asuntos de suministro, como la cuantificación y el control de inventario, necesitan de capacitación. Es de importancia crítica monitorear y evaluar los niveles de aptitudes del personal, especialmente a medida que el programa se amplía para incorporar nuevas intervenciones. Algunas actividades, como la pronosticación, la cuantificación y la adquisición, pueden ser extremadamente complejas, y se deben usar los conocimientos técnicos locales. Pero también podría ser necesario obtener asistencia técnica externa para estas actividades, especialmente al planificar para la expansión.

También es crítico para la ECR el servicio previo y la capacitación para el funcionamiento del personal de laboratorio. A diferencia de la mayor parte de pruebas estandarizadas de laboratorio, la pruebas del VIH se apoyan en equipos de pruebas comercialmente producidos, cada uno requiriendo procedimientos únicos y capacitación específica para su uso. Se necesita capacitación cada vez que se presenta un nuevo producto y cuando el personal rota en el laboratorio de pruebas del VIH. Se deben tomar en cuenta los requerimientos de capacitación cuando los administradores de los laboratorios cambien de

proveedores o los donantes impongan marcas específicas de equipos de pruebas en los países.

La experiencia ha demostrado que la descentralización puede tener un efecto negativo en los sistemas de manejo de los medicamentos y productos básicos para la salud cuando la responsabilidad para realizar estas actividades se da al personal local sin capacitación adecuada, apoyo de la administración y recursos financieros. La planificación de la ECR en un sistema descentralizado debe reconocer que puede no ser posible ni deseable descentralizar todas las funciones de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud, especialmente la adquisición y garantía de calidad.

Temas de manejo de laboratorio. En la mayoría de países, los laboratorios están conectados a través de una red administrada a nivel nacional. Frecuentemente, el laboratorio nacional ofrece procedimientos estándares de operación (SOP), directrices, capacitación, suministros y garantía de calidad a los laboratorios de la periferia. El laboratorio nacional también sirve como un laboratorio de remisión para las pruebas más complicadas y menos solicitadas, y como un laboratorio de referencia para pruebas confirmatorias.

La ECR requiere del fortalecimiento de las redes y laboratorios a todos los niveles para proporcionar un acceso ampliado a los servicios de exploración selectiva, diagnóstico y apoyo, y para aumentar el rango de servicios proporcionados. En muchos casos, las pruebas se amplían más allá del laboratorio tradicional. Por ejemplo, en los centros de las pruebas y asesoramiento voluntarios, donde se necesitan resultados rápidos de la exploración selectiva del VIH, el personal que no pertenece al laboratorio debe ser capacitado e integrado a los programas de garantía de calidad así como a aquellos del centro de las pruebas y asesoramiento voluntarios.

Con mayor acceso a los antirretrovirales, los clínicos deben tener acceso a un nuevo cuadro de pruebas, como el conteo de CD4 y cargas virales, que no están siempre ampliamente disponibles en entornos de escasos recursos. Inicialmente, estas pruebas estarán disponibles sólo en laboratorios de referencia, hospitales docentes o laboratorios ligados a estudios de investigación. Además de una capacitación extensiva, se deben establecer redes de remisión para facilitar el transporte de especimenes para las pruebas. Se necesitan mantener cadenas de frío, y adherirse a los requerimientos de sincronización durante el transporte de los especimenes. Los laboratorios nacionales de referencia necesitan desarrollar también nuevos procedimientos para monitorear la farmacorresistencia a los antirretrovirales.

Componente 2 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Selección

La selección, dentro del ciclo de manejo de los medicamentos y productos básicos para la salud, incluye:

- Revisar los problemas de salud predominantes y sus prioridades;
- Identificar intervenciones y tratamientos preferidos;
- Seleccionar los medicamentos que se necesiten y sus dosis;
- Seleccionar los productos básicos de salud requeridos, incluidos las pruebas de laboratorio y procedimientos; y
- Tomar decisiones acerca de qué medicamentos y productos básicos para la salud estarán disponibles a qué niveles de servicio.

Los administradores de programas tendrán que asignar prioridades en sus elecciones durante el proceso de selección, especialmente si sus recursos son limitados. El reto será clasificarse para el impacto máximo, eligiendo tantas actividades interrelacionadas como sea posible, para fortalecer las elecciones. Se debe también tomar en cuenta los productos básicos de salud importantes, como guantes, decolorantes, agujas y jeringas.

Los administradores de los laboratorios necesitan tomar en cuenta muchos factores en el proceso de selección de pruebas. Las pruebas y las pruebas de algoritmos deben ser tanto sensibles como específicas a las poblaciones que se están sometiendo a las pruebas, envasadas de manera apropiada al volumen esperado de pruebas, apropiadas al nivel de aptitudes del personal (para minimizar la capacitación), compatibles con el equipo existente y constantemente disponibles. Es también importante asegurar el almacenamiento adecuado para llevar a cabo los tipos de pruebas seleccionados. Por ejemplo, las pruebas ELISA, están envasadas para pruebas en volumen, y no son apropiadas para lugares con baja cantidad de pruebas o donde se requieren resultados inmediatos. Las “pruebas rápidas”, que son envasadas

individualmente, son más adecuadas para las situaciones que requieren resultados inmediatos y sitios con bajo volumen.

Las pruebas y las pruebas de algoritmos difieren de acuerdo al uso que se les desee dar. Por ejemplo, la exploración selectiva requiere de diferentes pruebas que los que requiere la confirmación. El diagnóstico usa también diferentes algoritmos, o combinaciones de pruebas, de vigilancia. Las pruebas de algoritmos para la exploración selectiva y la confirmación necesitan ser seleccionadas basándose en una evaluación cuidadosa de las poblaciones que se sometieron a las pruebas. Esta evaluación debe observar la sensibilidad, especificidad, costos y logística del transporte de especimenes a laboratorios de remisión para las pruebas confirmatorias.

Las estrategias para la selección pueden variar cuando el sistema de suministro es limitado. Por ejemplo, un programa puede inicialmente elegir fortalecer los suministros de un conjunto particular de medicamentos, como los que tratan las infecciones oportunistas. El programa puede elegir hacer esto antes, incluyendo los medicamentos que requieran un nivel más alto de manejo clínico y para los que los productos agotados tendrán un impacto mayor, como los antirretrovirales.

Tienen que desarrollarse y/o ponerse al día las STG nacionales y locales, en línea con las directrices para las mejores prácticas. Las STG son directrices orientadas a las enfermedades que reflejan un consenso en la elección de tratamientos para una gama de condiciones médicas. Se debe dar prioridad a los medicamentos de la lista de medicamentos esenciales e incluidos en los formularios nacionales y locales. Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos aprobados para uso en una situación de atención de la salud específica. El cuerpo nacional de coordinación del SIDA podría necesitar trabajar con el comité nacional de medicamentos para poner al día la lista y el formulario existentes para reflejar las necesidades de los programas contra el VIH/SIDA. Los productos básicos para la salud deben ser incluidos en las listas de suministros y equipos esenciales donde estén disponibles.

La inconsistencia entre las listas nacionales de medicamentos esenciales, formularios y STG — y la subsiguiente falta de armonización en la formulación de los productos — puede impedir el establecimiento de la adquisición en conjunto para dos o más países. (Ver lecciones aprendidas de los programas de adquisición de medicamentos al por mayor y en conjunto, bajo Licitación y Adquisición en la sección siguiente.) Un estudio reciente del potencial de la adquisición en conjunto de medicamentos anti-TB en la región de la Comunidad en Desarrollo del Sur de África (Agencia Internacional de Adquisiciones 1999), halló que la falta de dicha armonización podría ser un obstáculo para el establecimiento de un sistema en común para los medicamentos antitiberculosis en esa región. Los autores reportaron que de 20 fórmulas de productos en uso actual, sólo cinco fueron compartidos por seis o más países.

Componente 3 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Adquisición

La adquisición, en el ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud, se refiere a:

- Cuantificar los requisitos;
- Seleccionar los métodos de adquisición;
- Manejar las licitaciones;
- Establecer y monitorear los términos de contratos; y
- Garantizar la calidad de medicamentos y otros productos básicos para la salud.

Cada aspecto de la adquisición se describe con más detalle a continuación.

Cuantificación y manejo del inventario. La cuantificación de los requisitos de medicamentos y productos básicos para la salud para los programas contra el VIH/SIDA es compleja, especialmente al planificar para una ampliación. Los administradores de programas pueden desear buscar asistencia técnica externa para desarrollar mecanismos y procedimientos de cuantificación. Durante el proceso de planificación de la cuantificación, los administradores enfrentan dos problemas: 1) Tomar en cuenta la velocidad y escala de la ampliación planificada, y 2) Anticipar cambios en las necesidades de la población que se sirve. Por ejemplo, un aumento de la disponibilidad de los servicios de pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV) puede llevar a un aumento en la demanda de otros servicios, como el tratamiento de las infecciones oportunistas.

Al planificar un sistema de adquisición centralizado, es importante tomar en consideración los datos de consumo precisos y oportunos de los

distritos y las ONG, para realizar cálculos efectivos de las necesidades de cuantificación. Se pueden usar también los datos de consumo para monitorear el progreso de la ECR, para que se puedan hacer las modificaciones a los requerimientos de cuantificación y existencias del inventario para evitar que las existencias se agoten y se desperdicien. Sin embargo, para ser confiables, los datos de consumo deben venir de un sistema con un suministro relativamente ininterrumpido y un conducto bien provisto. Es importante prestar atención a que los datos de consumo pueden no reflejar la prescripción racional y el uso de medicamentos y productos básicos para la salud, y que la total dependencia con respecto a los métodos de consumo puede perpetuar la prescripción y el uso irracionales.

La planificación de la cuantificación es crítica para un rango amplio de necesidades de pruebas. Cuando los equipos de pruebas del VIH escasean, frecuentemente son desviados del fin al cual estaban destinados, dejando así a instituciones críticas — como bancos de sangre — sin la capacidad de analizar la sangre para las transfusiones o dejando a los sitios de las pruebas y asesoramiento voluntarios sin poder funcionar.

Los equipos de pruebas del VIH y otros métodos de diagnóstico relacionados varían mucho en cuanto a los requerimientos de almacenaje y períodos de conservación, y necesitan ser administrados apropiadamente para asegurar la calidad de las pruebas y reducir el desperdicio. El inventario de los equipos de pruebas y los reactivos deben usarse en base al orden de llegada para asegurarse de que los productos no se usen más allá de sus fechas de caducidad.

Licitación y adquisición. La experiencia ha demostrado que se puede ahorrar significativamente en licitaciones para medicamentos esenciales, especialmente en el mercado internacional y cuando se compra al por mayor. La capacidad de licitación es esencial para que un sistema de adquisición sea exitoso. Las aptitudes necesarias incluyen poder identificar proveedores confiables, de productos básicos de alta calidad, manejar el proceso de licitación, negociar y manejar a los licitadores internacionales y asegurar la calidad del producto. La precalificación de los proveedores de medicamentos y productos básicos para la salud es especialmente útil, y quizás esencial, para los productos con requisitos especiales de control de calidad, como el fármaco anti-TB, rifampina, en combinaciones de dosis fijas.

Las lecciones aprendidas de los programas de adquisición al por mayor y con fondos comunes de los medicamentos esenciales incluyen (Clark y Moore 2000; Agencia Internacional de Adquisiciones 1999):

- Un sistema digno de crédito, transparente, de adquisiciones — uno que garantice el pago y promueva la competencia internacional — es de igual, sino de mayor importancia que trabajar con los proveedores y obtener los mejores precios. Mientras que las compras al por mayor ayudan a reducir los precios, no son suficientes por sí solas para garantizar el acceso a los mejores precios.
- El pago garantizado y a tiempo a los proveedores, asegurando así su confianza.
- La capacidad de adquisición de identificar proveedores, manejar el proceso de licitación, administrar y negociar contratos, y asegurar la buena calidad. Esto es esencial para el éxito de un sistema de adquisición con fondos comunes. La adquisición regional puede permitir a los países con sistemas de suministro limitados, beneficiarse de la experiencia y capacidad de otros países.
- La armonización de las STG, formulaciones de medicamentos y requisitos de envase, que contribuyen al éxito de los esquemas de adquisición con fondos comunes. Los requisitos de diferentes idiomas para las etiquetas pueden añadir a su complejidad.
- La precalificación de los proveedores para simplificar el manejo de las adquisiciones y facilitar el control de calidad, servicio y precio.
- Los contratos que permiten pronosticar, en vez de garantizar las cantidades de compras, para compartir los riesgos entre los proveedores y compradores. Los contratos pueden incluir el almacenaje del proveedor de cantidades de productos de emergencia para satisfacer los aumentos súbitos de uso.
- Los requisitos discretos de registro y política del país para proteger su base local de suministro, pueden poner en peligro la competencia internacional eficaz.

Los resultados de un estudio comparativo de precios por el UNICEF, ONUSIDA, OMS/HTP y MSF, con información de 10 fabricantes, pueden

proporcionar una visión general de las diferentes posibilidades de suministro de medicamentos para combatir el VIH/SIDA. UNICEF, UNFPA, OMS y ONUSIDA están también preparando una lista de fabricantes de medicamentos y productos básicos para la salud relacionados con el VIH/SIDA, que han satisfecho un proceso de precalificación. Esta lista estará disponible a gobiernos miembros y a las ONG, que pueden invitar a los fabricantes a hacer una oferta en respuesta a los licitadores. A partir del plazo del primero de diciembre de 2000, se han recibido 34 respuestas (ONUSIDA: Grupo de Contacto sobre el Acceso Acelerado al VIH/SIDA – Cuidados Relacionados, 2000). Pero todavía se deben registrar los medicamentos y productos básicos para la salud por parte de cada autoridad reguladora de cada país.

Un reto especial es la de la adquisición para los laboratorios. La amplia disponibilidad de diferentes equipos comerciales de pruebas para el VIH puede representar un problema de adquisición cuando la licitación se basa exclusivamente en el precio más bajo o en incentivos. Frecuentemente esto puede resultar en la adquisición de equipos de pruebas que requieran capacitación adicional (del personal), en la incompatibilidad con los equipos existentes y en la reducción de la calidad de las pruebas. Esto puede ser aun más problemático cuando los ciclos de adquisición son cortos, dando lugar a cambio frecuentes de equipos de pruebas. Para asegurar la continuidad de algoritmos de las pruebas estándares, los países necesitan usar criterios estrictos para estandarizar las pruebas y desarrollar licitaciones de compras.

Garantizar la calidad de los medicamentos y de los productos básicos para la salud. Es importante incorporar los procedimientos de garantía de calidad a los sistemas de suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para asegurar que cada producto que alcance a cada persona sea seguro, eficaz y satisfaga los estándares de calidad. Un programa integral de garantía de calidad asegura que:

- Se seleccionan los medicamentos y los productos básicos para la salud en base a la seguridad y a la eficacia.
- Los proveedores satisfacen los estándares aceptados de calidad.
- Los medicamentos y los productos básicos para la salud satisfacen estándares específicos de calidad en el momento de la entrega.
- No se compromete la calidad de los medicamentos y productos básicos para la salud durante el almacenaje, el transporte o la entrega.
- Los procedimientos de retiro del mercado de medicamentos y productos básicos para la salud sean puestos en práctica para deshacerse de productos defectuosos.

La garantía de calidad es crítica para las pruebas de laboratorio y para los reactivos. Los administradores de programas necesitan desarrollar un programa integral de garantía de calidad que incluya el control de calidad y la evaluación. El control de calidad evalúa la eficacia de una prueba en particular o de un reactivo al incorporarse al sistema y cada vez que se usa. Incluye medidas como la evaluación de todas los equipos de pruebas y reactivos comparándolos con los estándares e incorporando controles positivos y negativos conocidos en cada grupo de pruebas. El monitoreo continuo de las temperaturas de almacenaje y las fecha de caducidad es también parte del control de calidad, como lo es el mantenimiento del equipo.

Los programas de evaluación de calidad monitorean el ambiente completo de pruebas, incluyendo las pruebas de reactivos, el rendimiento de los técnicos y el almacenaje. Típicamente, estos programas son administrados por el laboratorio nacional de referencia o mediante programas internacionales. Por ejemplo, un laboratorio nacional de referencia desarrolla un tablero de especimenes, incluidos suero negativo y débil, y suero positivo y fuerte, que son sometidos a pruebas y caracterizados en todas las pruebas comerciales del país. Este tablero se codifica, y se envían las muestras periódicamente a los laboratorios para pruebas anónimas usando sus propios reactivos y procedimientos estándares. Los resultados son analizados por el laboratorio nacional de referencia y usados para detectar y corregir problemas de los reactivos de las pruebas, el almacenaje o la técnica.

Donaciones. Las directrices de la OMS para las donaciones de medicamentos (revisadas 1999) pueden ayudar a los administradores de programas a tomar decisiones sobre estas donaciones. Las donaciones de medicamentos por sí solas no aseguran el acceso, y pueden haber costos significativos como resultado de aceptar estas donaciones, incluido:

- La cuota a la autoridad nacional reguladora de medicamentos para registrar los medicamentos.
- Hacer pasar por la aduana las donaciones, pagando los impuestos y los aranceles.

- Almacenaje y distribución.
- Poner nuevamente las etiquetas en el idioma local.
- Los costos de establecer e implementar un programa para usar la donación.
- Eliminación de las existencias caducas, excesivas o no deseadas.
- Los costos de sustitución de todos los anteriores.

Las donaciones de los equipos de pruebas y de otros equipos pueden también crear problemas no anticipados. Como se comentó previamente, la estandarización de las pruebas, los algoritmos y los equipos son importantes para asegurar la calidad y reducir los costos de capacitación y la necesidad de equipo adicional. Los equipos de pruebas donados y los demás equipos pueden ser incompatibles con los sistemas estándares que están ya establecidos, aumentando la necesidad de capacitación y de nuevos equipos, y comprometiendo la calidad. Cuando los equipos para pruebas y otros equipos son donados, es importante determinar si el país los aprueba o no. Es igualmente importante asegurarse de que la capacitación, mantenimiento, apoyo técnico y partes sueltas estén disponibles fácilmente en el país.

Componente 4 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Distribución

La distribución en el ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud incluye:

- Despacho de aduana
- Control de las existencias
- Administración del almacenaje
- Entrega a los servicios de salud

Cuando la meta es un mejor acceso geográfico, la distribución presenta situaciones únicas a los administradores de los programas, y el éxito depende de un sistema de transporte eficiente. El costo de transportar medicamentos y productos básicos para la salud a áreas remotas puede ser considerable. Las opciones para mejorar la distribución pueden incluir fortalecer el sistema de distribución existente o usar compañías privadas o paraestatales para proporcionar alternativas eficaces en función de los costos para el almacenaje y la distribución, especialmente en los niveles nacionales o regionales. La adquisición centralizada no es la única opción, y algunos países adquieren y distribuyen medicamentos y productos básicos para la salud regionalmente, con colaboración de los sistemas público y privado.

Los retos adicionales, como el fracaso en cumplir los procedimientos operativos estándares y las pérdidas excesivas debido a los robos, pueden requerir una revisión y un fortalecimiento de los procedimientos de supervisión y administración. A veces, puede ser necesario reemplazar al personal y/o proporcionar incentivos para mejorar el rendimiento. Los problemas de transporte, como la falta de combustible o de vehículos que funcionen bien, pueden ser resueltos localmente instalando un depósito de combustible o proporcionando más repuestos. Pero una solución a problemas más generalizados podría ser contratar los servicios de organizaciones privadas o paraestatales. Mientras que esto crea más trabajo — incluyendo la evaluación de los costos de los sistemas existentes, la preparación de documentos de licitación que especifiquen los requisitos de servicios, la evaluación de los licitadores y el monitoreo de la ejecución del contratista — contratar fuera los servicios puede mejorar la eficiencia.

Los sistemas nacionales varían con respecto a las funciones públicas y privadas de financiamiento, distribución y entrega de los medicamentos y productos básicos para la salud, oscilando entre sistemas completamente públicos a sistemas completamente privados. Mientras que sistemas tradicionales, como las Tiendas Médicas Centrales, son importantes, los sistemas alternativos pueden también ayudar a apoyar una ECR. Sin embargo, los planificadores de programas necesitan estar al tanto de que la política o las restricciones legales pueden limitar el uso de otras estrategias (alternativas). Los sistemas alternativos incluyen:

- Agencias de suministro de productos básicos para la salud, autónomas o semi autónomas.
- Sistemas de entrega directa. La oficina de adquisición gubernamental realiza las licitaciones para establecer el proveedor y el precio de cada medicamento. Entonces el proveedor hace entrega, directamente, a los distritos y servicios más importantes.
- Sistema del vendedor principal. La oficina de licitación del gobierno contrata los servicios de

un vendedor principal para administrar la distribución de los medicamentos y productos básicos para la salud. Se desarrollan contratos separados para los proveedores.

- Suministro completamente privado, donde los servicios son proporcionados por farmacias privadas.
- Las organizaciones sin fines de lucro, como agencias de suministro de medicamentos, operadas por misiones e instituciones de beneficencia para sus propios servicios de salud.

Para la distribución se requiere de un sistema de almacenaje y distribución seguro de los medicamentos y productos básicos para la salud, especialmente de los medicamentos que pueden ser más propensos a tener fugas o a gotear, como los medicamentos antirretrovirales. Para maximizar la seguridad, se pueden hacer uso de enfoques que pueden incluir separar las funciones clave del personal, aumentar la transparencia y la auditoría regular.

El sistema de distribución para las pruebas de laboratorio incluye la distribución de reactivos y suministros para las pruebas de laboratorio y el transporte de especimenes. Muchas pruebas no pueden y no deben ser realizadas en el nivel periférico. Esto requiere que los especimenes o los pacientes sean transportados a un laboratorio central. Además, se necesitan devolver los resultados de las pruebas a los proveedores de la atención de la salud en su debido momento. No es necesario establecer sistemas separados de distribución; se deben usar los sistemas existentes cuando sea posible. Otra consideración para asegurar la calidad es la capacidad de mantener las temperaturas requeridas de almacenaje de los reactivos para las pruebas y para los especimenes (llamada la "cadena de frío") para asegurar la calidad.

Componente 5 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Uso

Sólo el acceso a los medicamentos y a los productos básicos para la salud no asegura la calidad de la atención. Los medicamentos se deben prescribir y dispensar de manera correcta, y el personal, el público y los pacientes deben usarlos de manera apropiada. La capacitación continua del personal en el diagnóstico, el manejo y tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA es crucial. Se puede requerir capacitación especializada del personal para ciertas intervenciones, como la prescripción de medicamentos antirretrovirales, junto con el desarrollo de servicios de apoyo necesarios como los laboratorios. La capacitación también necesita incluir al sector privado debido a que las personas pueden buscar obtener allí medicamentos contra el VIH/SIDA, especialmente si hay estigmatización en la comunidad o hay un problema de confidencialidad. Las STG, junto a una lista nacional de medicamentos esenciales, pueden ayudar a la estandarización y la racionalización de los patrones de prescripción y se pueden usar para la capacitación en horas de trabajo, la supervisión y las auditorías médicas.

La importancia de tomar medicamentos correctamente está también relacionada con el uso. Algunos pacientes pueden necesitar apoyo para tomar sus medicamentos correctamente. También podría ser necesario investigar y entender comportamientos específicos al consumo de medicamentos. Se han identificado dificultades especiales en el uso de los medicamentos anti-TB y ARV. El asesoramiento, el suministro de información al paciente y el uso del tratamiento de ciclo corto directamente observado (TCCDO) para la TB, pueden ser estrategias de éxitos. Algunos países han incluido a grupos de apoyo comunitario para ayudar a las personas a tomar sus medicamentos correctamente. Se puede necesitar establecer o fortalecer los sistemas para monitorear e informar sobre las reacciones adversas a los medicamentos.

Componente 6 del ciclo de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud: Marco político y legal

El marco político y legal, la plataforma en la que descansa el ciclo de manejo de los medicamentos y productos básicos para la salud, establece y apoya el compromiso público al suministro de medicamentos y productos básicos para la salud esenciales. Para identificar cualquier conflicto potencial con la ECR, uno debe entender las políticas y la legislación pertinentes, incluyendo la política nacional de medicamentos, la legislación, la regulación y los aspectos legales de la adquisición de medicamentos y productos básicos para la salud. Las preguntas clave para los administradores y planificadores de

programas de cada una de estas áreas se describen a continuación. Otra sección especial explora la política nacional con respecto a las pruebas del VIH.

Política Nacional de Medicamentos (NDP)

- ¿Qué metas y prioridades se identifican en la NDP? ¿Se debe adaptar la NDP para reflejar las necesidades de los programas relativos al VIH/SIDA?
- ¿Se necesitan desarrollar/adaptar códigos profesionales para asegurar la confidencialidad y tratar las políticas de divulgación y discriminación en contra las personas que viven con el VIH/SIDA en los entornos de salud?

Legislación y regulación de los medicamentos y productos básicos para la salud

- ¿Qué leyes y regulaciones afectan y regulan la importación, distribución, prescripción y administración de medicamentos narcóticos (opiáceos)? ¿Necesitan ser actualizadas para reflejar las necesidades de la atención paliativa?
- ¿Está la marca del medicamento por adquirirse registrada en el país par indicación y uso terapéutico, para el cual se dispensará? Por ejemplo, ¿está la nevirapina registrada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo?
- ¿Hay un procedimiento más rápido para el registro? El registro de los medicamentos y productos básicos para la salud puede ser, en algunos países, un procedimiento largo y ocasionar un retraso en la ejecución de los programas.

Aspectos legales de la adquisición de medicamentos y productos básicos para la salud

- ¿Ha sido el medicamento patentado en el país? ¿Ha sido el medicamento patentado en el país del vendedor? ¿Aplica la patente a la sustancia o al método de producción?
- ¿Ha puesto el país en efecto directamente la protección de la patente para los productos farmacéuticos bajo el Acuerdo de los Aspectos Relacionados con el Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual (TRIPS)? (Ver "El acuerdo TRIPS y la protección de patentes" para obtener una explicación de TRIPS.) Si la respuesta es sí, ¿se puede emitir una licencia obligatoria para permitir que un medicamento patentado se fabrique local o legalmente, o sea importado de un fabricante de productos genéricos?
- ¿Está permitida la importación paralela de productos farmacéuticos y de productos básicos para la salud? (La importación paralela incluye la importación de un producto de un país para la reventa sin la autorización del titular de la patente en otro, permitiendo así que el comprador busque el precio más bajo en el mercado mundial.)
- ¿Cómo afectan las políticas o regulaciones de los impuestos, gravámenes y aranceles de importación la asequibilidad de los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA?
- ¿Cómo afectan las políticas o regulaciones de los países donantes bilaterales la financiación de productos farmacéuticos por parte de los donantes? Por ejemplo, los productos farmacéuticos financiados por la USAID deben proceder de una fuente y origen en los EE.UU. y aprobados por la FDA, a menos que una renuncia de fuente/origen haya sido aprobado por la oficina de adquisiciones.

Política nacional de pruebas del VIH

- Una política nacional de pruebas del VIH ayudará a estandarizar la toma de pruebas, asegurará que los servicios de laboratorio satisfagan las necesidades en todo el país con la tecnología apropiada y asegurando la calidad. Las políticas nacionales de las pruebas del VIH necesitan tratar temas como algoritmos estandarizados de pruebas de sangre para la exploración selectiva de la sangre, el diagnóstico, la vigilancia y la confidencialidad.

Cómo comenzar

El sistema de medicamentos y productos básicos para la salud es dinámico y complejo, pero crítico para el éxito de la ECR. Son posibles las mejoras en el suministro y uso de medicamentos y productos básicos para la salud, ¿pero dónde empezar?

Un primer paso importante es la evaluación del actual sistema de medicamentos y productos básicos para la salud, y la identificación de sus puntos fuertes y sus brechas. Es útil considerar el sistema como un todo para identificar áreas de

El Acuerdo TRIPS y la protección de patentes

El Acuerdo sobre los aspectos relacionados con el comercio de los derechos de propiedad intelectual (TRIPS) requiere que todos los países miembros de la OMC adapten sus leyes a los estándares mínimos específicos dentro de un período de transición establecido, actualmente el año 2006 para los países menos desarrollados. El acuerdo incluye provisiones para la posibilidad de obtener una extensión al período de transición.

El Acuerdo TRIPS establece obligaciones detalladas para proteger los derechos de las patentes, incluso otorgándolos por un período de por lo menos 20 años desde la fecha de solicitud. El acuerdo permite que se otorguen licencias obligatorias bajo ciertas condiciones. Una licencia obligatoria es una autorización dada por una autoridad judicial o administrativa a una tercera entidad para el uso de una invención patentada sin el consentimiento del titular de la patente, basándose en varias áreas de interés, incluida la salud pública. El titular de la patente debe recibir "compensación adecuada".

El acuerdo no establece una ley internacional uniforme, y los países miembros de la OMC pueden adoptar legítimamente regulaciones que aseguren un balance entre los estándares mínimos de protección de los derechos de propiedad intelectual y el bien público, como el permitir el uso de la licencia obligatoria.

El uso de la licencia obligatoria para productos farmacéuticos es complejo y, todavía, en su mayor parte, no comprobado; es también controvertido debido a que las compañías farmacéuticas internacionales aducen que la violación de los derechos de las patentes afectará la inversión en la investigación. Pero muchos países están considerando usar esta provisión para permitir que los medicamentos patentados se fabriquen ya sea local y legalmente o se importen de un fabricante de productos genéricos para producir medicamentos como los antirretrovirales, a precios más asequibles.

mejoramiento, incluyendo obstáculos mayores y orígenes de los problemas que puedan surgir en diferentes puntos del ciclo.

Una vez que se realice la evaluación, los siguientes pasos incluyen identificar maneras de enfocar áreas que necesiten mejoras y convertir áreas específicas en metas para un mayor impacto. Para asegurar resultados positivos de intervención, se puede usar el monitoreo periódico.

Preguntas clave de implementación para manejar el suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR

Las siguientes son preguntas clave para los planificadores y administradores de programas, para que las tomen en consideración al aplicar un sistema de manejo del suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR.

Preguntas clave de implementación para el manejo del suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR

El ciclo de manejo de medicamentos y de productos básicos para la salud

- ¿Tiene el programa (nacional, sectorial o local) un plan integral para la selección, adquisición, almacenaje y distribución de medicinas esenciales y productos básicos para la salud relacionados con la respuesta al VIH/SIDA, incluidos medicamentos, condones, equipo de laboratorio, suministros y materiales educativos?

Sistemas de apoyo a la administración

- ¿Qué sistemas e indicadores se usarán para monitorear el rendimiento del sistema de suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR?
- ¿Se incorporarán los sistemas de suministro de medicamentos y productos básicos para la salud relacionados con el VIH/SIDA al sistema existente? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de integrar los sistemas de suministro en vez de establecer sistemas verticales de suministro para sus programas?
- ¿Está el personal del programa totalmente informado acerca de los canales de adquisición que pueden usar para obtener medicamentos contra el VIH/SIDA y pruebas de laboratorio, y suministros? ¿Tienen ellos las aptitudes, financiamiento, apoyo administrativo e información necesarios para hacer que el sistema funcione?
- ¿Cómo se puede asegurar el financiamiento adecuado y sostenible para implementar y mantener los suministros de los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA y productos básicos para la salud, especialmente los medicamentos antirretrovirales y anti-TB (donde el impacto negativo de la escasez es alto)? ¿Están los sistemas establecidos para realizar el seguimiento y asegurar la rendición de cuentas de los recursos?
- ¿Proporciona el sistema actual de manejo de medicamentos y productos básicos para la salud información correcta y oportuna para la toma de decisiones, el uso del proceso de seguimiento, el pronóstico de las necesidades y la cuantificación? ¿Qué cambios se necesitan realizar para crear un rastro para la auditoría, en especial de los medicamentos y productos básicos para la salud que están en alto riesgo de robos?
- ¿Están incluidos los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA y los productos básicos para la salud en la lista nacional o local de medicamentos/productos básicos para la salud esenciales?
- ¿Qué medicamentos o productos básicos para la salud se necesitarán para las intervenciones planificadas, incluyendo agujas y jeringas, equipos de pruebas del VIH, guantes, decolorante y cubos de basura para deshacerse de las agujas usadas?
- ¿Tiene el país una red de funcionamiento de laboratorios para proporcionar capacitación y suministros, y asegurar la calidad en todos los niveles? ¿Cómo se puede ésta fortalecer para satisfacer las demandas de la ECR?

Adquisición y distribución

- ¿Cómo se pueden recopilar datos sobre el consumo y sobre las necesidades de pronóstico al nivel del programa y transferir los datos al nivel central?
- ¿Es el sistema de adquisición eficiente en la obtención de suministros adecuados de productos de calidad a precios competitivos, al mismo tiempo que minimiza las pérdidas de las reservas que han caducado?
- ¿Es el sistema de licitación transparente, y están establecidos los sistemas para asegurar la rendición de cuentas y la distribución de responsabilidades, incluyendo una auditoría anual publicada? ¿Están disponibles los fondos cuando se necesita pagar a los proveedores?
- ¿Qué sistemas están establecidos para los proveedores precalificados para asegurar la calidad de los medicamentos y de los productos básicos para la salud? ¿Son adecuados?
- Las donaciones de medicamentos y de productos básicos para la salud, ¿satisfacen los criterios establecidos en las directrices de la OMC? ¿Cuánto le cuesta al programa aceptar las donaciones de medicamentos y productos básicos para la salud?

Preguntas clave de implementación para el manejo del suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR (continuación)

Adquisición y distribución (continuación)

- ¿Son adecuados, para mantener la calidad de los suministros, el almacenaje, el transporte y las condiciones para dispensar/usar? ¿Son los sistemas adecuados para mantener la seguridad de los medicamentos y productos básicos para la salud? ¿Hay alguna política en cuanto a pérdidas debido a robos y daño que sea eficaz? ¿Se deben introducir sistemas especiales de rendición de cuentas a la ECR? ¿Están separadas las funciones clave? ¿Se llevan a cabo auditorías con regularidad?
- ¿Están establecidos sistemas eficaces para monitorear y evaluar los costos de transporte y rendimiento? ¿Qué cambios se anticipan en la demanda con la ECR? ¿Qué método de transporte se usa para cada eslabón en la cadena de distribución? ¿Qué alternativas se hallan disponibles?
- ¿Cómo cooperan los sistemas de adquisición y distribución de medicamentos y reactivos del país? Si los sistemas no cooperan, ¿se pueden consolidar áreas duplicadas para mejorar la eficiencia?
- ¿Tiene el país un programa funcional de garantía de calidad para las pruebas del VIH? Si es así, ¿cómo se puede fortalecer el programa?

Uso racional de medicamentos

- ¿Tiene el personal del programa aptitudes adecuadas, acceso a la información y servicios de apoyo para diagnosticar, manejar y tratar enfermedades relacionadas con el VIH? ¿Se han desarrollado las STG? ¿Están disponibles a nivel local?
- ¿Hay información adecuada y apoyo para ayudar a los clientes a tomar decisiones y usar medicamentos correctamente? ¿Cuáles son los asuntos importantes con respecto al uso de medicamentos en cada comunidad y qué enfoques diferentes se pueden usar para apoyar a los clientes en comunidades diferentes?

Marco político y legal

- Política nacional de medicamentos (NDP)
- ¿Qué metas y prioridades se identifican en la NDP? ¿Se necesita adaptar la NDP para reflejar las necesidades de los programas relativos al VIH/SIDA?
- ¿Se necesitan desarrollar/adaptar códigos profesionales para asegurar la confidencialidad y enfocar las políticas de revelación y discriminación en contra de las personas que viven con el VIH/SIDA en entornos de salud?

Legislación y regulación de los medicamentos y productos básicos para la salud

- ¿Qué leyes y regulaciones afectan y reglamentan la importación, distribución, prescripción y administración de medicamentos narcóticos (opiáceos)? ¿Se deben actualizar para reflejar las necesidades de la atención paliativa?
- ¿Está la marca que se obtenga registrada en el país por indicación/uso terapéutico para el que se dispensará? Por ejemplo, ¿está la nevirapina registrada para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?
- ¿Existe un procedimiento rápido para el registro? El registro de los medicamentos y productos básicos para la salud puede ser un procedimiento largo en algunos países y puede causar demora en la implementación del programa.

Aspectos legales de adquisición de medicamentos y productos básicos para la salud

- ¿Está el medicamento patentado en el país? ¿Está el medicamento patentado en el país del vendedor? ¿Aplica la patente a la sustancia o al método de producción?

Preguntas clave de implementación para el manejo del suministro de medicamentos y productos básicos para la salud para la ECR (continuación)

Legislación y regulación de los medicamentos y productos básicos para la salud (continuación)

- ¿Ha puesto el país directamente en práctica la protección de patentes para productos farmacéuticos bajo el Acuerdo de aspectos relacionados con el comercio de los derechos de propiedad intelectual (TRIPS)? Si es así, ¿se puede emitir una licencia obligatoria para permitir a los medicamentos patentados ser fabricados legal o localmente, o importados de un fabricante de productos genéricos?
- ¿Se permite la importación paralela de productos farmacéuticos y productos básicos para la salud?
- ¿Cómo afectan las políticas o regulaciones de los impuestos, gravámenes y aranceles de importación la accesibilidad financiera de los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA?
- ¿Cómo afectan las políticas o regulaciones de los países donantes bilaterales la financiación de productos farmacéuticos por parte de los donantes?
- ¿Tiene el país una política nacional de toma de pruebas del VIH?

Lectura adicional

Para una visión general completa de la administración de los sistemas de suministro de medicamentos y productos básicos para la salud, incluyendo enfoques paso a paso del manejo de sistemas farmacéuticos eficientemente:

Management Sciences for Health and the World Health Organization. *Managing Drug Supply.* 2da edición, revisada y ampliada, 1997. ISBN: 1–56549–047–9. (Disponible a un precio reducido para los países en desarrollo; www.kpbooks.com)

Para obtener información en lecciones aprendidas de los programas de adquisición con fondos comunes/al por mayor de medicamentos esenciales:

Clark M. Moore T. *WHO STOP TB: A Discusión Document on Supply Chain and Procurement Management for a Global Drug Facility.* Arlington, Va.: Management Sciences for Health (para la OMS), 2000.

International Procurement Agency. *A Bulk Purchasing Study on the Procurement of Anti-TB Drugs amongst 11 SADC countries.* Informe preparado para Southern Africa Development Community Secretariat. Irene, Sudáfrica, 1999.

Para obtener información sobre los precios internacionales:

McFadyen JE, ed. *International Drug Price Indicator Guide.* Boston: Management Sciences for Health, 1999. (Actualizado anualmente; disponible en inglés, francés y español de www.msh.org.)

Para leer consideraciones en el uso de medicamentos antirretrovirales:

ONUSIDA/OMS. *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments.* Ginebra: NAIDS/WHO, 1998. (Disponible en www.who.int/HIV_AIDS/antiretroviral_modules/indexar.htm.)

ONUSIDA/OMS. *Safe and Effective Use of Antiretrovirals in Adults with Particular Reference to Resource Limited Settings.* Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2000. (Disponible en www.who.int/HIV_AIDS/WHO_HIS_2000.04_1.04/index.htm.)

Para obtner más información sobre el Acuerdo TRIPS y licencias obligatorias:

Correa C. *Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries.* Ginebra: South Center, Ginebra, 2000 (Disponible en http://www.southcentre.org/publications/publichealth/toc.htm.)

OMS. Globalization, TRIPS and access to pharmaceuticals. *WHO Policy Perspectives on Medicines* No. 3. Ginebra: OMS, 2001. (Disponible en www.who.int/medicines/library/edm_general/6pagers/PPM03%20ENG.pdf.)

Para obtener más información en tomar pruebas del VIH:

Blood Safety and HIV. Actualización técnica del ONUSIDA, *UNAIDS Best Practice Collection.* Ginebra: ONUSIDA, 1997.

ONUSIDA. *Guidelines for Using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation and Implementation.* Ginebra: ONUSIDA, 2001.

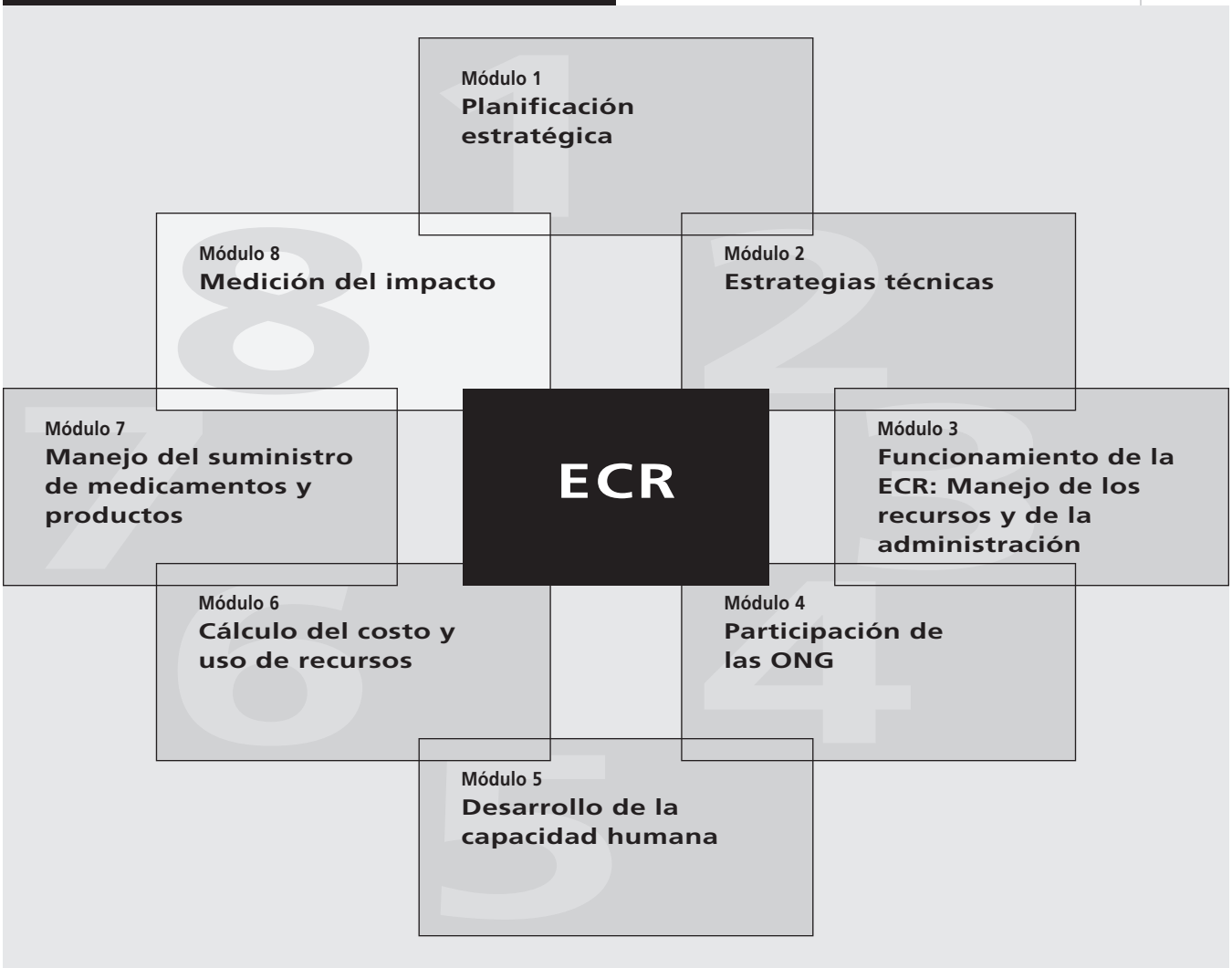
ONUSIDA. HIV Testing Methods. Actualización técnica del ONUSIDA, UNAIDS *Best Practice Collection.* Ginebra: ONUSIDA, 1997.

ONUSIDA. *Operational Characteristics of Commercially Available Assays to Determine Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Human Sera.* Ginebra, 1998.

Módulo 8

Medición del impacto

Elementos de una respuesta amplia e integral



Visión general

- ¿Cuál es el impacto de la ECR?
- ¿Qué está funcionando bien y qué necesita mejorar?
- ¿Qué modificaciones se necesitan hacer?

En la búsqueda para reducir la tasa general de las infecciones por el VIH, los programas y las intervenciones de la ECR han sido diseñadas para alcanzar a un gran número de personas en más áreas geográficas. Deben haberse establecido sistemas eficaces y apropiados para monitorear los programas y evaluar su impacto para así determinar si se está alcanzando la meta. El monitoreo del progreso es especialmente importante porque permite a los administradores de programas hacer reajustes a lo largo del proceso para asegurar el impacto deseado.

Los sistemas de monitoreo y evaluación son clave para la ECR. Permiten a los administradores de programas y a los formuladores de políticas evaluar si los programas existentes y las intervenciones son suficientes y determinar los retos que se puedan presentar para alcanzar resultados exitosos.

El ONUSIDA ha desarrollado directrices integrales para el monitoreo, la evaluación y la vigilancia: *National AIDS Programes: A Guide to Monitoring and Evaluation y Guidelines on Second Generation Surveillance*. Estos documentos proporcionan información detallada sobre los indicadores para la prevención y la atención, así como los métodos que los países pueden usar en el monitoreo, la evaluación y la vigilancia.

El Módulo 8, Medición del impacto:

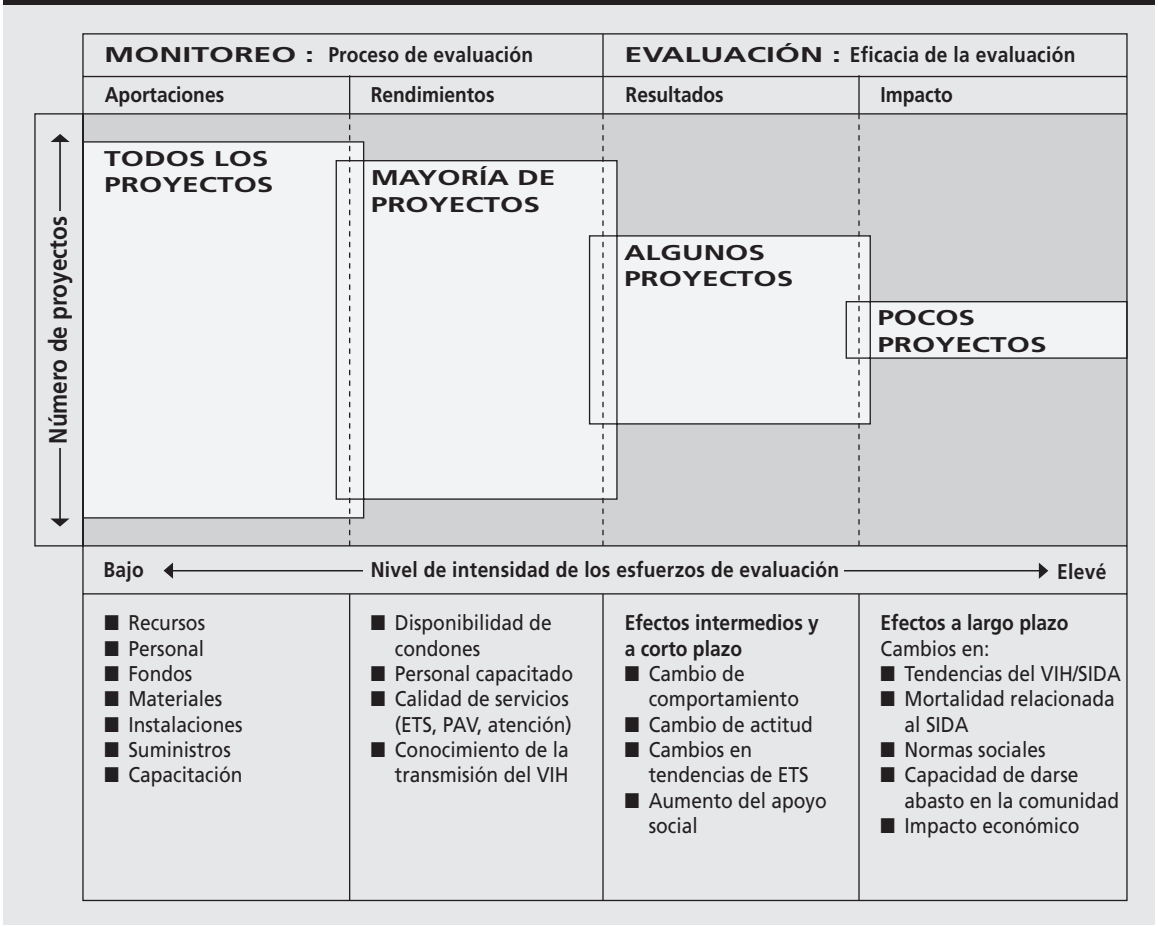
- Resume aspectos de las directrices del ONUSIDA que son especialmente importantes para el proceso de la ECR, incluidos los sistemas de monitoreo, evaluación y vigilancia, y sus diferentes funciones.
- Describe los indicadores nacionales apropiados para realizar el seguimiento del cambio.
- Trata sobre asuntos especiales del monitoreo y la evaluación de la ECR.
- Esboza nuevas tareas para el monitoreo y la evaluación de los programas de atención y apoyo que están diseñados para reducir las transmisión de madre a hijo (TMH).
- Ofrece un modelo para calcular el impacto de la mayor cobertura.
- Enumera preguntas clave de implementación para el monitoreo y la evaluación de la ECR.
- Proporciona un estudio de caso del monitoreo y la evaluación de la ECR.
- Sugiere recursos para la lectura adicional.

Monitoreo, evaluación y vigilancia: ¿Cuál es la diferencia?

Frecuentemente los términos *monitoreo, evaluación y vigilancia* se usan de manera intercambiable, lo cual puede generar confusión sobre sus significados. Probablemente el *monitoreo* y la *evaluación* generan la mayor confusión porque a menudo se usan en el manejo de proyectos.

- **El monitoreo** es un componente crítico de un programa integral de evaluación y es sinónimo del proceso de evaluación. El monitoreo requiere de una revisión con iniciativa, para determinar si las aportaciones y el rendimiento planificados de los proyectos están ocurriendo, identificar las barreras para alcanzar estas aportaciones y rendimiento, y hacer los cambios necesarios para que el programa siga su curso. También incluye revisar la calidad de las intervenciones para asegurar que se mantengan los mejores estándares en la práctica.
- **El resultado y la evaluación del impacto,** aunque importantes, pueden no ser componentes de todos los programas debido a que no todos los programas necesitan recopilar datos sobre los efectos de una intervención en particular. Con mayor frecuencia, las personas se benefician de y responden a múltiples intervenciones que se refuerzan mutuamente. Podría ser más eficaz medir los efectos combinados de múltiples intervenciones usando el VIH existente, las ITS y los sistemas de vigilancia de comportamiento (ver el estudio de caso). La Gráfica 1 ilustra las prioridades de monitoreo y evaluación para la ECR.
- **La vigilancia** ocurre más probablemente fuera del dominio de programas individuales y se refiere a métodos usados para realizar el seguimiento de tendencias en la epidemia y en los comportamientos de riesgo que contribuyen a ella. La publicación *Guidelines on Second Generation Surveillance* del ONUSIDA, recomienda implementar un conjunto sistemático de encuestas sobre el VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la vigilancia de comportamiento,

Gráfica 1: Prioridades de monitoreo y evaluación de la ECR



que son apropiadas a la epidemia del país y repetidas con regularidad. Cuanto más limitada esté la epidemia, más se enfocará el sistema de vigilancia en grupos de alto riesgo, con encuestas ocasionales de la población general para controlar la propagación de la epidemia. Cuanto más avanzada esté la epidemia, más extensos serán los sistemas de vigilancia para medir las tendencias de la población general.

El VIH, la ITS y la vigilancia de comportamiento que proporcionan resultados y medidas de impacto, están generalmente en el ámbito de los ministerios nacionales de salud, que pueden colaborar con las autoridades locales de salud. Los lugares centinelas del VIH y de ITS deben estar estratégicamente localizados donde se espera que aumente la transmisión del VIH debido al alto predominio de comportamientos riesgosos en un país. Asimismo, la vigilancia del comportamiento puede consistir en seleccionar subgrupos poblacionales de los que se tomen muestras regular y sistemáticamente de áreas geográficas grandes, como provincias y ciudades importantes.

La responsabilidad del monitoreo de la calidad de los programas y el nivel de procesamiento de las aportaciones y de los resultados pertenece a las organizaciones que ponen en práctica estos programas y a las autoridades locales de salud que las supervisan. En este nivel, se debe capacitar al personal adecuado, se deben mantener disponibles productos básicos como medicamentos, se deben desarrollar mensajes de comunicación para los grupos destinatarios, y las personas con ITS deben ser tratadas apropiadamente. Se pueden evaluar estos factores recopilando datos del proceso y monitoreando la calidad del servicio con métodos cualitativos rápidos.

Tabla 1: Áreas del programa con indicadores centrales y adicionales

Indicador de programa del área /Política	Herramientas para la medición	C=Indicador central A=Indicador adicional	
		Epidemia generalizada de prioridad	Prioridad concentrada/ Bajo nivel
Política			
Índice de Esfuerzo del Programa contra el SIDA (API)	Cuestionario y protocolos del API	C	C
Gastar en prevenir el VIH	Bajo desarrollo		
Disponibilidad y calidad de los condones			
Disponibilidad de los condones en toda la nación	Protocolo sobre condones de la OMS (P12)	C	C
Venta al por menor de condones	Evaluación MEASURE*/Compilación de la OMS/PSI Disponibilidad de condones y protocolo de calidad	C	A
Calidad de los condones	Evaluación MEASURE/Compilación de la OMS/PSI Disponibilidad de condones y protocolo de calidad	C	C
Estigma y discriminación			
Aceptación de actitudes hacia las personas VIH+	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, UNICEF)	C	C
Empleadores que no discriminan	Protocolo sobre discriminación del ONUSIDA	C	C
Conocimiento			
Conocimiento de la prevención del VIH	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, UNICEF)	C	C
No hay creencias incorrectas sobre el VIH	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, UNICEF)	C	C
Conocimiento de prevención del VIH entre HSH	FHI BSS entre HSH		C
Conocimiento de prevención del VIH entre los UDI	FHI BSS entre los UDI		C
Conocimiento de que la TMH se puede prevenir	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, UNICEF)	C	
Pruebas y asesoramiento voluntarios (PAV)			
Personas que piden someterse a pruebas y reciben los resultados	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, UNICEF)	C	A
Distritos con servicios de PAV	Evaluación del distrito — sin herramienta específica	C	
Calidad del asesoramiento y de la remisión	Protocolo de PAV del ONUSIDA	C	A
Centros de PAV con condiciones mínimas	Protocolo de PAV del ONUSIDA	C	A
Calidad de los laboratorios de PAV	Protocolo de pruebas de la OMS, protocolo de seguridad de la sangre Encuestas (ONUSIDA)	A	A
Transmisión de madre a hijo (TMH)			
Mujeres embarazadas que reciben asesoramiento y pruebas	Protocolo de THM del ONUSIDA; protocolo de PAV	C	
Clínicas CPN que ofrecen y remiten a otras CPN	Protocolo de THM del ONUSIDA; protocolo de PAV	C	
Calidad del asesoramiento en cuanto al VIH para las mujeres embarazadas	Protocolo de THM del ONUSIDA	A	
Provisión de terapia antirretroviral	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	A	
Negociación sexual y actitudes			
Capacidad de las mujeres de negociar el sexo seguro	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	A	C
Comportamiento sexual			
Sexo de alto riesgo el año pasado	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	C	C
Uso del condón en la última relación sexual de alto riesgo	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	C	C
Sexo comercial el año pasado	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	A	C
Uso del condón por los clientes, en la última relación sexual remunerada	BSS de FHI para trabajadores de sexo	A	C

**Monitoreo y evaluación para valorar y usar los resultados (MEASURE) es un programa financiado por la USAID en la Universidad de North Carolina en Chapel Hill.*

Tabla 1: Áreas del programa con indicadores centrales y adicionales

Indicador de programa del área /Política	Herramientas para la medición	C=Indicador central A=Indicador adicional	
		Epidemia generalizada de prioridad	Prioridad concentrada/ Bajo nivel
Comportamiento sexual (continuación)			
Uso del condón por los trabajadores sexuales con el último cliente	BSS de FHI para trabajadores de sexo	A	C
Mayor riesgo de sexo hombre-hombre el año pasado	FHI BSS para hombres que tiene sexo con hombres		C
Uso del condón en la última relación sexual anal entre hombres	FHI BSS para hombres que tiene sexo con hombres		C
Comportamiento sexual de los jóvenes			
Edad mediana de la primera relación sexual	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	C	A
Jóvenes que tienen sexo premarital	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	C	A
Uso del condón en la última relación sexual premarital	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	C	A
Jóvenes con múltiples parejas	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	C	A
Uso del condón en la última relación sexual de alto riesgo	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	C	A
Uso del condón en la primera relación sexual	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	A	A
Mezcla de edades en las relaciones sexuales	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI, BSS-juventud)	A	C
Uso de drogas inyectables			
Usuarios de drogas inyectables que comparten el equipo	FHI BSS para usuarios de drogas inyectables		C
Usuarios de drogas inyectables que nunca comparten el equipo	FHI BSS para usuarios de drogas inyectables	C	
Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en su última relación sexual	FHI BSS para usuarios de drogas inyectables		A
Seguridad de la sangre/Transmisión nosocomial			
Exploración selectiva de unidades de sangre para transfusiones	Protocolo de seguridad de la sangre de MEASURE	C	C
Reducción de transfusiones de sangre	Protocolo de seguridad de la sangre de MEASURE	C	A
Distritos/regiones con bancos de sangre	Protocolo de seguridad de la sangre de MEASURE	C	C
Transmisión accidental en sitios de atención de la salud	Evaluación de la provisión de servicios (SPA) MEASURE	A	
Atención de las ITS y prevención			
Diagnóstico apropiado y tratamiento de las ITS	Encuesta de la OMS/ONUSIDA sobre las instalaciones para las ITS	C	C
Consejo sobre la prevención y toma de pruebas del VIH	Encuesta de la OMS/ONUSIDA sobre las instalaciones para las ITS	C	C
Suministro de medicamentos en los servicios de atención de las ITS	Encuesta de la OMS/ONUSIDA sobre las instalaciones para las ITS, SPA	C	A
Búsqueda de tratamiento para las ITS	Encuestas (ONUSIDA, DHS, FHI)	A	C
Atención y apoyo			
Personal médico capacitado en SIDA	SPA de MEASURE, estadísticas de capacitación	A	A
Instalaciones de salud con capacidad de brindar atención	Protocolo de la OMS para la atención y el apoyo	C	
Instalaciones de salud con suministro de medicamentos	Protocolo de la OMS para la atención y el apoyo, SPA	A	
Hogares que ayudaron a la atención de los jóvenes	Encuesta (ONUSIDA)	C	
Hogares que ayudaron a la atención de huérfanos	Encuesta (ONUSIDA)	A	

Fuente: Programas Nacionales de SIDA (2000).

Tabla 1: Áreas del programa con indicadores centrales y adicionales

Indicador de programa del área /Política	Herramientas para la medición	C=Indicador central A=Indicador adicional	
		Epidemia generalizada de prioridad	Prioridad concentrada/ Bajo nivel
Impacto social y en la salud			
Predominio del VIH entre mujeres embarazadas	Protocolos de vigilancia de la OMS/ONUSIDA	C	C
Predominio de sífilis entre mujeres embarazadas	Protocolos de vigilancia de la OMS/ONUSIDA	C	C
Predominio del VIH en subpoblaciones en riesgo	Manual de ejemplos de FHI	A	C
Predominio de la orfandad	Encuestas (ONUSIDA, DHS, UNICEF)	C	
Enseñanza para los huérfanos	Encuestas (ONUSIDA, DHS, UNICEF)	A	

Indicadores nacionales para el seguimiento del cambio

Los indicadores nacionales para el seguimiento del cambio son complejos, debido a la respuesta multisectorial que se requiere para la atención y prevención del VIH. Estos indicadores oscilan entre el ambiente de políticas a las intervenciones directas para la seguridad de la sangre. La Tabla 1 muestra un conjunto de indicadores desarrollados para los programas nacionales de SIDA por el ONUSIDA y organizaciones colaboradoras; caen en una de las siguientes dos categorías:

- Epidemias de *prioridad generalizada,* para los países con más del 1 por ciento de la población con predominio del VIH, medidos con ejemplos representativos como las personas que asisten a las clínicas de atención prenatal.
- Epidemias de *prioridad concentrada o de bajo nivel,* para países con menos del 1 por ciento de predominio del VIH en la población.

Un subconjunto de indicadores de categorías de la epidemia — indicadores centrales e indicadores adicionales — aparecen en la Tabla 1, tanto para la prioridad generalizada como para la prioridad concentrada/epidemias de bajo nivel, para ayudar a los países a ampliar el monitoreo si los recursos están disponibles. Las referencias, fuentes de información para los instrumentos e información para construir indicadores, se incluyen al final de este módulo.

Los países deben seleccionar indicadores para monitorear los programas de prevención y atención antes de desarrollar encuestas sistemáticas (incluidos estudios cuantitativos y cualitativos) para cada indicador. Los instrumentos a los que se refiere la Tabla 1 han sido sometidos a pruebas por el ONUSIDA y otros organismos en escenarios internacionales y se pueden adaptar para ser usados en diferentes ambientes.

Los países pueden decidir construir marcos de muestreo regionales/por áreas o nacionales para medir indicadores y desarrollar cálculos. Un enfoque regional puede ser útil en países grandes como la

China o India o donde los factores sugieran que obtener estimaciones en diferentes áreas es más útil que un cálculo nacional. Un muestreo nacional puede ser poderoso porque rinde estimaciones fáciles de entender y atrae la atención de formuladores de políticas importantes y de donantes internacionales. Pero los indicadores nacionales, debido a que reflejan la realización de muchas intervenciones en una cifra grande, a veces producen información que es menos útil que los indicadores regionales. Las estimaciones regionales dan a los datos mayor importancia a nivel local, donde la información puede tener más influencia y producir una respuesta. Los indicadores regionales, y aquellos de incluso áreas más pequeñas, requieren de una recopilación más extensiva de datos debido a que las muestras deben ser lo suficientemente grandes en cada región para poder hacer el seguimiento de los cambios.

Estos instrumentos se pueden hallar en los siguientes sitios Web:

- OMS: www.who.org
- ONUSIDA: www.unaids.org
- Family Health International: www.fhi.org
- UNICEF: www.unicef.org
- Macro International (DHS): www.macroint.com
- Universidad de North Carolina (MEASURE): www.cpc.unc.edu/measure/

Temas especiales en el monitoreo y la evaluación de la ECR

Cambio de poblaciones y cambio en las necesidades de atención y prevención

Es importante entender que las poblaciones para las cuales se diseñan los programas del VIH son cambiantes, y no estáticas. Las necesidades de prevención del VIH de una población, evolucionan constantemente debido a cambios en la población, como el movimiento geográfico y las prácticas de comportamiento. Lo que funciona en un momento dado, puede no funcionar en el futuro. Algunos ejemplos de los cambios en la población y de sus necesidades de prevención y atención son:

- Los trabajadores comerciales de sexo (TCS) y los usuarios de drogas inyectables (UDI) se mueven constantemente para evitar el contacto con la policía y otras autoridades. Las áreas comerciales en ciertas ciudades son sometidas a redadas (algunas veces debido a la atención que les dan los programas de epidemia y prevención del VIH), forzando a los TCS a moverse a las esquinas de las calles, a los hogares privados y a los parques. Movimientos similares pueden ocurrir entre los UDI. Las intervenciones de prevención deben seguir los movimientos de los grupos poblacionales clave.
- A medida que cambia la epidemia, los grupos poblacionales requieren de mensajes y programas diferentes de prevención. En muchos países occidentales, a fines de la década del ochenta, las intervenciones de prevención para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se consideraron exitosas, después de que se documentaron cambios de comportamiento importantes y tasas reducidas de la infección por el VIH. Sin embargo, poco tiempo después de este éxito, las investigaciones comenzaron a demostrar el relapso de los HSH a prácticas sexuales peligrosas, y nuevos acólitos de hombres jóvenes, muchos de los cuales no habían experimentado la epidemia directamente, involucrándose en prácticas sexuales peligrosas. Estos cambios hicieron necesaria una nueva ola de mensajes y programas de prevención.
- Las poblaciones migrantes presentan una dificultad especial a los programas de prevención debido a su movimiento frecuente. Se deben determinar los lugares más eficaces para alcanzar a las comunidades migratorias (en las áreas originarias, a los largo de la ruta de migración o en el lugar de destino).

Una manera eficaz de enfocar las necesidades cambiantes de prevención y atención de las poblaciones es “hacer un mapa” (identificando las ubicaciones de grupos destinatarios y averiguando cómo y cuándo se movilizan) y desarrollar un sistema continuo de entrevistas exhaustivas con grupos destinatarios seleccionados. Es importante incorporar un sistema de contacto anual directo con miembros del grupo clave que incluya “el mapa” y las entrevistas exhaustivas, especialmente donde se han ampliado las intervenciones, o con grupos destinatarios en tránsito, como las poblaciones migratorias o los UDI. Estos enfoques ayudan a los programas a mantenerse al día en cuanto a los movimientos de los grupos destinatarios, sus tamaños y sus necesidades, y evaluar comportamientos riesgosos y cambios en el comportamiento. Estos métodos también ayudan a los programas a determinar adónde se mudan las poblaciones clave (para que las intervenciones se muden con ellos); qué dificultades se deben resolver para alcanzar el éxito; y si las personas están o no respondiendo a las intervenciones de prevención.

Capacidad de las organizaciones

A medida que los programas crecen, necesitan de personal capacitado y de más suministros, como condones, medicamentos para las ITS y equipos de laboratorio. No todos los países tienen suficiente personal capacitado o acceso a los suministros requeridos y a los equipos para proporcionar el nivel de prevención y servicios de atención que se necesitan.

Es importante enfocar la capacidad y la falta de suministros para que los servicios de atención y prevención puedan continuar ininterrumpidamente a los grupos poblacionales clave. Todos los países pueden asumir el monitoreo de la capacidad organizativa y los productos básicos disponibles. Las evaluaciones formales de la capacidad de organización y su rendimiento pueden ser realizadas para asegurar una ECR eficaz (ver el Módulo 5, Desarrollo de la capacidad humana).

En Nepal, por ejemplo, se realizó una encuesta de farmacéuticos usando el método del cliente simulado para determinar si estaban o no usando los

materiales de capacitación de la ITS sindrómica en sus prácticas de entrega de medicamentos. Las encuestas, antes y después de la intervención, hallaron que los resultados positivos de la capacitación duraron sólo un corto tiempo: los farmacéuticos finalmente volvieron a sus antiguas prácticas. Esta evaluación llevo a una revisión de la intervención y de los materiales de capacitación.

Cobertura de la intervención

La investigación del comportamiento indica que las personas necesitan una cantidad crítica de intervenciones que se refuercen entre ellas — trabajando hacia la misma meta al mismo tiempo — para que el cambio del comportamiento sea exitoso. A medida que la ECR amplía las intervenciones hacia más grupos poblacionales a través de áreas geográficas más grandes, se torna aún más crítico determinar si estas intervenciones facilitan o no el cambio de comportamiento.

Una manera eficaz de determinar la cobertura de la intervención es poniendo en práctica las encuestas de vigilancia de comportamientos (BSS), que proporcionan medidas confiables de comportamientos riesgosos del VIH en áreas geográficas grandes a través del tiempo. Típicamente, los cuestionarios de BSS se estructuran para que los datos puedan ayudar a los administradores de programas a determinar qué tipos de comportamientos están cambiando y qué tipos no lo están haciendo. Por ejemplo, los hombres pueden comenzar a usar condones con los TCS pero no con sus parejas casuales no remuneradas, un factor de riesgo específico que las intervenciones de prevención deben enfocar. Si los comportamientos están cambiando, entonces las BSS pueden ayudar a documentar intervenciones exitosas.

Las BSS también se pueden usar para evaluar la cobertura de las intervenciones incorporando preguntas sobre la exhibición. Se preguntan a las personas sobre sus visitas a las clínicas de ITS, recibiendo condones de un trabajador de extensión, o recordando un mensaje de comunicación en particular.

Si las muestras de las BSS no cubren áreas geográficas donde las medidas de cobertura de la intervención son deseadas, entonces se pueden implementar "encuestas de cobertura rápida" especiales. Estas encuestas siguen directrices metodológicas similares a otras encuestas que tratan de desarrollar una muestra representativa, pero se enfocan en la exposición a programas de prevención y atención del VIH. La baja exposición a programas o mensajes que tienen como meta grandes audiencias por varios años pueden sugerir que la cobertura es inadecuada y que los administradores de programas deben reevaluar el contenido y el alcance de la intervención.

Dificultades del monitoreo y de la evaluación de programas de atención y apoyo, y de prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH)

El número cada vez mayor de personas que viven con el VIH/SIDA, especialmente en África, ha causado que los programas de atención se amplíen para servirlos a ellos y a sus familias, incluyendo a millones de niños que son huérfanos. Las reducciones en los precios de los medicamentos han permitido que los programas de atención, en algunos países, incorporen la distribución de medicamentos donde existan las instalaciones y el personal para administrar los medicamentos y realizar el monitoreo. En muchos países en desarrollo se usan medicamentos para reducir la TMH, a pesar que la cobertura está muy lejos de ser universal.

La capacidad para prestar atención es un problema para el monitoreo y la evaluación. Los sistemas de atención de la salud, en muchos países en desarrollo, están ya demasiados cargados, desde antes de la epidemia del VIH. Los países pueden buscar ayuda en los sistemas comunitarios de atención existentes; sin embargo, la capacidad de estos sistemas de prestar atención puede estar también limitada.

Debido a que los países seleccionan indicadores basados en metas de atención y apoyo, los indicadores pueden variar considerablemente de un país a otro. El reto para los países es adaptar instrumentos que son posibles de implementar. Por ejemplo, una encuesta representativa de personas infectadas por el VIH puede proporcionar muchos indicadores de atención y apoyo, que pueden ser difíciles de proporcionar debido a la confidencialidad u otras preocupaciones. Asimismo, el saber la proporción de madres infectadas por el VIH que no están dando de lactar podría ayudar a determinar si un programa de prevención para la transmisión vertical es exitoso, pero la recopilación de tales datos puede no ser posible.

Un método alternativo para obtener información de los indicadores es calcular el número personas infectadas por el VIH (o de madres dependientes del

servicio) en un área dada, usando programas modelos basados en la vigilancia o en datos ad hoc. Esto establece un denominador desde el cual medir logros en proporción con los servicios. Por ejemplo, si se calcula que 1.000 personas que padecen el VIH/SIDA viven en una cierta región y todos los programas reportan servir a 500 personas combinadas en esa región, en un período dado, un indicador aproximado de alcance a las personas que viven con el VIH/SIDA en esa región sería 50 por ciento.

Otro reto es la evaluación de la calidad de atención porque no existen patrones de oro — o mínimos — para la mayoría de países. Los estándares para los servicios se deben desarrollar con el propósito de monitorear su puesta en práctica de manera eficaz y establecer indicadores internacionales comparables.

Se necesita, durante los próximos años, investigar cómo monitorear y evaluar de la mejor manera las intervenciones de atención y apoyo. Por ahora, se deben establecer metas realistas de evaluación y monitoreo que reflejen los recursos disponibles y la capacidad. Estas metas pueden ser modificadas a medida que la investigación produce las "mejores prácticas" para el monitoreo y la evaluación de los programas de atención y apoyo, y a medida que el financiamiento y la capacidad aumentan.

Cálculo del impacto de una mayor cobertura: *HIVTools*

Una herramienta fácil de usar que proporciona modelos, desarrollada por el ONUSIDA, por investigadores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres ayuda a los programas a captar el impacto de una mayor cobertura en la incidencia y predominio del VIH. *HIVTools* usa parámetros epidemiológicos, de comportamiento y de cobertura para calcular el impacto de las intervenciones en grupos destinatarios específicos. Cuatro modelos están disponibles para intervenciones dirigidas a los TCS, a los UDI, a los jóvenes en edad escolar y adolescentes, y para los servicios de transfusión de sangre. Se están desarrollando más modelos.

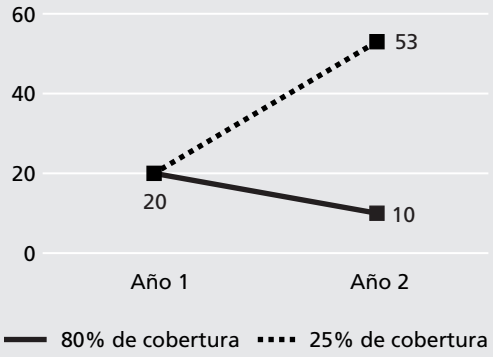
El modelo *SexWork,* por ejemplo, simula el impacto de las intervenciones de transmisión del VIH que tienen como meta a los TCS y sus clientes. Requiere que el usuario suministre información, incluyendo:

- tamaño de la población de trabajadores de sexo en general
- proporción de los trabajadores de sexo que son la meta de la intervención
- proporción de aquellos que constituyen la meta a los que la intervención ha alcanzado recientemente
- datos sobre el uso del condón entre los trabajadores de sexo a los que la intervención ha alcanzado recientemente
- datos del uso del condón entre los trabajadores de sexo a los que la intervención no ha alcanzado recientemente

Una vez que se tengan los datos que se necesitan (se pueden usar también los valores de ajuste), el software *HIVTools* genera datos y gráficos de probables tendencias futuras en cuanto al predominio, la incidencia y los casos evitados del VIH entre trabajadores sexuales y sus clientes.

La Gráfica 2 muestra cómo se afecta el predominio del VIH incrementando la cobertura de una intervención al trabajador de sexo del 25 por ciento de una población de 5,000 trabajadores de sexo al 80 por ciento, cuando la tasa de uso sistemático del condón en la población que se alcanzó crece del 25 por ciento al 90 por ciento. En la intervención de poca cobertura, el modelo predice

Gráfica 2: Efectos del aumento a escala de el predominio del VIH: Un ejemplo usando *HIVTools*



Parámetros importantes

- Población en general de 5,000 trabajadores de sexo
- Uso sistemático del condón aumenta de 25% a 90% en poblaciones que se alcanzaron
- Otros parámetros incluyen variables de comportamiento y epidemiológicas

Casos del VIH que se evitaron entre trabajadores de sexo

- 25% de cobertura de 1,533
- 80% de cobertura de 4,698

Preguntas clave de implementación del monitoreo y evaluación de la ECR

Definición de monitoreo, evaluación y vigilancia

- ¿Cuál es la diferencia entre monitoreo, evaluación y vigilancia?
- ¿Cuál o cuáles metodologías son más apropiadas para programas y proyectos?
- ¿Cuál o cuáles metodologías son más apropiadas para programas nacionales?

Indicadores para programas nacionales

- ¿Qué indicadores se usan en el programa nacional del país?
- Basándose en las prioridades estratégicas de planificación de un país, ¿se deben recopilar nuevos indicadores?
- ¿Cómo se compara el dar prioridad a los recursos para el monitoreo y la evaluación futuros con el uso de los recursos para la implementación del programa?

Temas especiales en el monitoreo y la evaluación de la ECR

- El programa, ¿ha realizado el seguimiento de las poblaciones destinatarias a través del tiempo? ¿Qué estrategias se han usado para hacer el seguimiento de las poblaciones? ¿Se han hallado patrones en el movimiento de estas poblaciones?
- ¿Se ha puesto en práctica las BSS o las encuestas rápidas de cobertura? Si no ha sido así, ¿qué tipo de información se debe recopilar?
- ¿Hay un enfoque de monitoreo y evaluación para los programas de atención y apoyo? ¿Para los programas de tratamiento? ¿Para los programas para huérfanos y niños vulnerables (HNV)? Si no es así, ¿qué información se necesita para considerar la implementación, el monitoreo y la evaluación de estos programas?

que 1,533 casos del VIH entre trabajadores de sexo se prevendrán y que el predominio en un período de cinco años aumentará del 20 por ciento (el nivel de la línea de referencia formó parte del modelo) al 53 por ciento. En este ejemplo, la cobertura limitada no evita que el VIH infecte a más de la mitad de la población.

Si se incrementa la cobertura eficaz al 80 por ciento de la población de trabajadores de sexo con los mismos cambios de comportamiento, el número calculado de casos del VIH que se evitó aumentó a 4,698 y el predominio se redujo del 20 por ciento (de nuevo, el porcentaje de la línea de referencia se usó en el modelo) al 10 por ciento. Esta situación ilustra la importancia de la cobertura en prevenir la epidemia. Se puede hallar *HIVTools* en http://www/unaids.org/publications/documents/economics/.

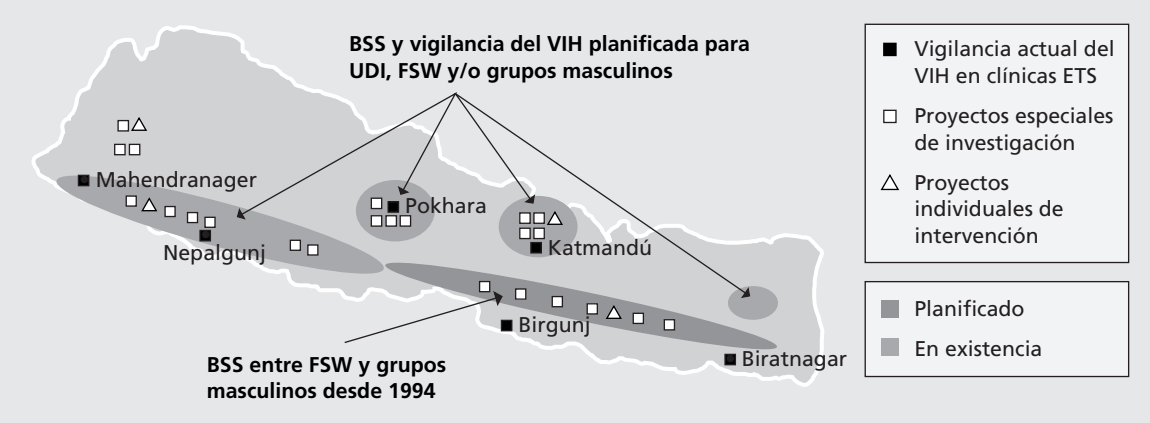
Uso de datos para causar efectos de cambio en las políticas y programas

Los datos de vigilancia, evaluación y monitoreo son muy eficaces cuando se usan para desarrollar cambios positivos en las políticas y en la calidad de intervenciones y programas, y para aumentar la disponibilidad de fondos para los programas. Los datos se deben distribuir rutinariamente a las personas y a las instituciones responsables de políticas, planificación, asignación de recursos y desarrollo presupuestal. Esto incluye la distribución de informes a los formuladores de políticas, periodistas, administradores de programas relativos al VIH y otros interesados directos. Cada persona tiene una impresión distinta del VIH, así que los resúmenes de los datos deben reflejar estas diferencias y desarrollar mensajes apropiados, pero diferentes. Por ejemplo, un informe de vigilancia preparado para los formuladores de políticas debe ser más conciso y contener menos jerga científica que aquél escrito para epidemiólogos.

Preguntas clave de implementación, monitoreo y evaluación para la ECR

En la sección anterior se presentaron las preguntas clave que los planificadores y los administradores de programas pueden considerar al desarrollar e implementar sistemas de monitoreo y evaluación para la ECR.

Gráfica 3: Encuestas de vigilancia del comportamiento existentes y planificadas del VIH/ITS en Nepal



Lectura adicional

Evaluating Programas for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decisión Makers. 2001. Arlington, VA: Family Health International.

Guidelines on Second Generation Surveillance. 2000. Ginebra: ONUSIDA.

National AIDS Programes: A Guide to Monitoring and Evaluation. Junio 2000. Ginebra: ONUSIDA.

Estudio de caso

Estudio de caso: Monitoreo y evaluación de la implementación de la ECR en Nepal

Nepal está tratando de aumentar a escala sus intervenciones, para cubrir grupos destinatarios con comportamientos de alto riesgo en una porción más grande del país que la actual. A pesar de que se consideró por mucho tiempo a Nepal como un país de bajo predominio, datos recientes muestran que el país tiene una epidemia concentrada. Se calcula en 40 por ciento el predominio del VIH entre los trabajadores de sexo de toda la nación y, en Katmandú, en 50 por ciento. El VIH entre los trabajadores de sexo de Katmandú incrementó de menos del 1 por ciento de la población en 1992, al 17 por ciento en 1999. Mientras que los datos de vigilancia centinela sugieren que el VIH permanece bajo entre los asistentes a las clínicas de ITS, evidencia en la parte más lejana del oeste del país sugiere que un número grande de trabajadores migratorios, que está regresando de áreas de alto predominio de la India, puede estar trayendo nuevamente el VIH, infectando a sus esposas/parejas sexuales.

En 2000, un consorcio de donantes internacionales prometió una cantidad multimillonaria para reducir la transmisión del VIH en Nepal, impulsando el diseño de mejores sistemas de vigilancia, evaluación y monitoreo. La Gráfica 3 muestra los sistemas actuales de Nepal y un diseño potencial para ampliarlos. Las conversaciones sobre el mejoramiento de estos sistemas continúan.

La Gráfica 3 ilustra el hecho de que los proyectos dirigidos por organizaciones con sus propios sistemas de monitoreo están ubicados en áreas geográficas bajo vigilancia del VIH y del comportamiento, para así monitorear al VIH y las tendendencias del comportamiento. (El mapa no puede mostrar todos los sistemas que se establecerán).

La movilización de recursos adecuados y de la capacidad organizativa para presentar en forma eficaz y rápida una respuesta amplia e integral a la epidemia del VIH/SIDA

Family Health International
Institute for HIV/AIDS
2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201 EE. UU.
www.fhi.org