Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

PROGRAMAS NACIONALES DE SIDA

GUÍA PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

OMS

unicef
United Nations Children's Fund

THE WORLD BANK

USAID

POLICY

THE SYNERGY PROJECT

MEASURE
Evaluation

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

CDC
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Programas Nacionales de SIDA

GUÍA PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

OPS/OMS

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

BANCO MUNDIAL

COMISIÓN EUROPEA

Programas Nacionales de SIDA

GUÍA PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

(ONUSIDA/00.17S (Original: inglés, junio de 2000)

©Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA 2000)

Se reservan todos los derechos. Este documento no es una publicación formal de ONUSIDA y puede analizarse, citarse, reproducirse o traducirse en parte o en su totalidad, siempre y cuando se acredite la fuente. El documento no puede venderse ni usarse con fines comerciales sin previa autorización por escrito de ONUSIDA (Contacto: Centro de Información de ONUSIDA).

La posición expresada por autores cuyo nombre se menciona es de la exclusiva responsabilidad de dichos autores.

Ni las designaciones que se utilizan en este documento ni los materiales presentados expresan opinión alguna de parte de ONUSIDA en relación con la situación legal de países, territorios, ciudades o zonas, sus autoridades o delimitación de fronteras y límites.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos manufacturados no supone el aval ni la recomendación de ONUSIDA sobre otros productos similares que no se mencionan. Excepto error u omisión, los nombres de marcas registradas se indican por la mayúscula inicial.

ONUSIDA – 20 Avenue Appia – 1211 Ginebra 27, Suiza
Teléfono: (+41 22) 791 3666 (+41 22) 791 4187
Correo electrónico: unaids@unaids.org – Internet: http://www.unaids.org

Agradecimiento

Esta guía es producto de la experiencia colectiva de un sinnúmero de personas sobre monitoreo y evaluación de programas nacionales de prevención y atención del VIH y SIDA.

El proyecto fue coordinado por el ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud y el proyecto de evaluación *MEASURE* y cuentan con el financiamiento del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Oficina de África/SD y la Oficina Mundial de VIH/SIDA). En el proceso de elaboración se consultó repetidamente a especialistas en monitoreo y evaluación de diversos países y a varios técnicos de organismos internacionales. Se sostuvieron reuniones de consulta en Chapel Hill, Estados Unidos de América (agosto de 1998), Nairobi, Kenya (noviembre de 1998), Talloires, Francia (mayo de 1999), Ginebra, Suiza (julio de 1999) y Berlín, Alemania (abril de 2000). Esta última recibió el auspicio del Ministerio de Salud de Alemania y del Instituto Robert Koch, Berlín, Alemania.

Especialistas de los siguientes países analizaron su experiencia nacional en relación con el monitoreo y la evaluación de programas de SIDA y elaboraron estudios de casos para presentar en una gran reunión de consulta realizada en Nairobi: Brasil, Burkina Faso, Etiopía, Jamaica, Kenya, Rumania, Rusia, Senegal, Tailandia, Tanzanía, Uganda y Zambia. Durante la reunión de consulta varias instituciones dieron su aporte, incluidas Family Health International/IMPACT, el Grupo Futures/Proyecto Policy, el Consejo de Población /Horizons, Macro International/DHS+, la Universidad de Carolina del Norte/MEASURE *Evaluation*, ONUSIDA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y la Organización Mundial de la Salud (OMS). También hicieron aportes de utilidad el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF y el Banco Mundial y otros organismos de cooperación bilateral y multilateral de Alemania, Australia, la Comisión Europea y los Estados Unidos.

A continuación de la reunión de Nairobi se elaboró un borrador de esta guía. Durante la reunión de consulta en Talloires los indicadores propuestos fueron analizados en detalle por especialistas en diversos temas de evaluación que trabajaron conjuntamente con los participantes de reuniones de consulta anteriores y elaboraron una nueva versión de las pautas. Otra reunión realizada en Ginebra tuvo por objeto analizar y elaborar indicadores para evaluar las actividades de atención y apoyo, de por sí difíciles. Entre agosto y diciembre de 1999, se sometieron a validación en diferentes países varios instrumentos de recolección de información que se incluyen en el paquete que acompaña estas normas. Tales pruebas se hicieron en Burkina Faso, Costa Rica, Nigeria, Sudáfrica, Tanzanía, Tailandia y Uganda y se analizaron en una reunión final que se llevara a cabo en Berlín en abril de 2000, en la cual participaron investigadores, especialistas y técnicos de diversas instituciones nacionales e internacionales y de los programas nacionales de Brasil, Camboya, Ghana, India, Malawi, México, Senegal, Sudáfrica y Tanzanía. Después de la reunión de Berlín se finalizó el borrador de la guía.

Esta guía es producto del aporte de muchas personas, instituciones, organizaciones y países. Elizabeth Pisani escribió gran parte del material surgido de las reuniones, con aportes importantes de Ties Boerma, Bernhard Schwartländer, Amy Cunningham, Tim Brown, Deborah Rugg, Lisanne Brown y otros que contribuyeron a la redacción de secciones específicas de las normas o los instrumentos.

Finalmente, se agradece a la Agencia Española de Cooperación Internacional y al Ministerio de Sanidad y Consumo de España el apoyo para la publicación en español de este documento.

ÍNDICE

1 Introducción 1

1.1 Componentes del paquete de instrumentos 2

1.2 La importancia del monitoreo y la evaluación de los programas de SIDA 4

1.3 El uso de indicadores de diverso alcance 5

1.4 Vigilancia, monitoreo y evaluación: funciones diferentes 8

2 Un sistema de monitoreo y evaluación 11

2.1 Unidad de monitoreo y evaluación 13

2.2 Establecimiento de metas claras 14

2.3 Indicadores 14

2.4 Plan de recolección y análisis de datos 19

2.5 Plan para la utilización de los datos 21

3 Indicadores 25

3.1 Políticas y compromiso político 29

3.2 Disponibilidad y calidad de los condones y calidad 34

3.3 Estigma y discriminación 42

3.4 Conocimientos sobre la transmisión del VIH 49

3.5 Servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección 61

3.6 Transmisión maternoinfantil 72

3.7 Negociación de las relaciones sexuales y actitudes 81

3.8 Comportamiento sexual 83

3.9 Comportamiento sexual de los jóvenes 96

3.10 Uso de drogas inyectables 106

3.11 Sangre segura 112

3.12 Prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual 119

3.13 Atención y apoyo a las personas infectadas con el VIH y sus familias 127

3.14 Impacto: VIH, infecciones de transmisión sexual, mortalidad y orfandad 139

1 Introducción

Durante los primeros años de la epidemia del VIH/SIDA, los directores de programa tenían poca información sobre las intervenciones que podrían reducir la diseminación del virus y no mucha idea sobre la forma de medir el éxito de sus actividades, excepto como medir el grado de infección por VIH o el número de personas afectadas con SIDA en la población. Es más, existía la noción de que no era posible medir con cierto grado de confianza la extensión de comportamientos de naturaleza delicada, como el sexual o el de consumo de drogas. Existía la urgencia de responder a la epidemia como fuera posible, y medir el éxito de las acciones no era una prioridad para la mayoría de los gerentes de los programas.

Esta posición ha cambiado en este último decenio. Se sabe mucho más sobre la forma en que el VIH se disemina entre la población y los cambios que son necesarios realizar para disminuir la velocidad con que lo hace. Ya se ha demostrado ampliamente que la gente responde preguntas sobre su vida sexual. Asimismo, hay cada vez más pruebas de que tales respuestas permiten obtener un panorama relativamente bueno de las tendencias de los comportamientos a lo largo del tiempo.

A medida que crece el conocimiento sobre el VIH aumenta el interés de hacer el monitoreo y evaluar el éxito de los programas destinados a reducir la diseminación de la infección y las repercusiones que esta tiene en la vida de la familia y la comunidad. Tal interés surge tanto de gobiernos como de contribuyentes, gerentes de programas e instituciones donantes internacionales que ayudan a financiar los programas. La necesidad de contar con mejor monitoreo y evaluación también ha llevado a que haya aumentado el número de instrumentos de recolección de información e indicadores.

Son muchos los países e instituciones que han contribuido para llegar al conocimiento que ahora se tiene sobre la mejor forma de hacer el monitoreo y la evaluación de los programas de VIH y SIDA. Estas pautas son el producto de un proceso amplio de consulta con el personal de programas nacionales, representantes de los organismos donantes y especialistas en evaluación de diversas instituciones de todo el mundo y tienen por objeto presentar esta experiencia de manera global. También tienen el propósito de presentar un resumen de las prácticas consideradas mejores en el campo del monitoreo y evaluación de programas nacionales de VIH y SIDA a fines de la década de 1990 y de hacer recomendaciones sobre los futuros sistemas de monitoreo y evaluación. El objetivo de esta guía es que la tarea de monitoreo y evaluación se simplifique a través de consolidar los instrumentos existentes para la recolección de datos, la creación de un marco que permita elaborar instrumentos mejores, y el paquete de instrumentos que la acompaña.

Esta introducción presenta un esquema del contenido del paquete de instrumentos y un panorama general del objeto de la vigilancia, el monitoreo y la evaluación. La sección siguiente describe las principales características de un buen sistema de monitoreo y evaluación. Por último, se recomiendan indicadores para aspectos clave de la prevención del VIH, la atención del SIDA y los programas de control de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Cabe destacar, que esta guía no trata de reinventar la rueda, ya que para elaborar la propuesta de indicadores que se presenta se han tomado en cuenta estándares existentes y experiencias pasadas. Solo se proponen nuevos indicadores para aquellos aspectos que antes no los tenían o para los casos en que la experiencia nacional ha mostrado que los indicadores actuales no son útiles o han sido superados por la epidemia del VIH.

1.1 Componentes del paquete de instrumentos

Junto con las pautas se incluyen varios instrumentos de recolección de datos y las guías necesarias para obtener los indicadores propuestos, que tienen su base en material existente de diversas fuentes y se refieren a varios aspectos de los programas de SIDA: conocimientos, actitudes y comportamiento sexual; contexto del programa, insumos y productos; provisión de servicios, y estado de salud. Se incluyen varios instrumentos de recolección de datos, como son encuestas de población y evaluación de instituciones sanitarias. Algunos instrumentos han existido por varios años y han sido probados ampliamente; otros son más nuevos, y unos pocos aún están en la etapa de prueba. Aquellos instrumentos que se vayan mejorando como resultado de la experiencia podrán reemplazarse por la versión mejorada. Con el fin de dar acceso a la versión más reciente de un instrumento, las versiones actualizadas se pondrán en la Internet en la página de ONUSIDA que en principio será manejado por el Proyecto MEASURE *Evaluation* (www.cpc.unc.edu/measure y www.unaids.org).

En el **Recuadro 1** se presenta una lista de los instrumentos de recolección de información incluidos en la guía agrupados según el aspecto del programa al cual están destinados. El **Recuadro 5** relaciona cada indicador con el instrumento de recolección de información de cada tema.

La selección de indicadores, y por lo tanto de los instrumentos de recolección de datos, dependerá de varios factores, incluyendo el estadio de la epidemia, la disponibilidad de recursos y la capacidad para la colección de datos. La selección mas apropiada se discute con mayor profundidad en la segunda parte de esta guía.

Monitoreo del entorno y aspectos operativos del programa

El monitoreo del entorno del programa tiene por objeto la recopilación de datos sobre los insumos y productos que pueden servir para analizar los cambios relacionados con el entorno del programa y su operación. Incluyen la evaluación de la distribución y calidad de los condones con base en instrumentos elaborados por el Programa Mundial del SIDA de la OMS y Population Services International (PSI) e indicadores de distribución de medicamentos para las infecciones de transmisión sexual. El Indice de Aspectos Operativos de un Programa de SIDA, recientemente elaborado y coordinado por el Proyecto POLICY del Grupo Futures, tiene por objeto evaluar algunos aspectos del entorno y elementos programáticos de la respuesta nacional. Los perfiles de país de ONUSIDA dan una serie de indicadores que pueden servir para describir el medio socioeconómico y demográfico en que se presenta la epidemia.

Monitoreo de conocimientos, actitudes y comportamiento sexual

Los instrumentos disponibles para el monitoreo de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales incluyen las pautas para llevar a cabo encuestas de hogar entre la población general y de grupos específicos, e información sobre métodos de muestreo y cuestionarios.

Estas encuestas proporcionan la mayor gran parte de la información que se necesita para elaborar indicadores de conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales, además de otros datos que pueden servir de indicadores de estigmatización. Además dan información sobre el acceso a los servicios y su utilización (por ejemplo, consejería y pruebas de detección, atención en el hogar para pacientes terminales y servicios de apoyo para los huérfanos). También se incluyen guías para la recolección de información de carácter cualitativo.

El instrumento utilizado para la recolección de información del comportamiento de la población general se basan, en gran medida, en la sección sobre encuestas de la población general de los indicadores de prevención del Programa Mundial del SIDA de la OMS y otros trabajos de esta última y el ONUSIDA. Asimismo, utilizan elementos del nuevo módulo de SIDA de la Encuesta Demográfica y de Salud

Recuadro 1: Instrumentos para monitoreo y evaluación

(los instrumentos en cursiva están aún en proceso)

Monitoreo del desempeño y contexto del programa	**Encuestas de población**	**Evaluación con base en una institución**	
Índice de Esfuerzo del Programa de SIDA(IEP) (Futures/Proyecto POLICY)	Encuesta de población general (ONUSIDA)	Evaluación de los servicios de ITS (OMS/ONUSIDA)	Vigilancia del VIH: guías de políticas (OMS/ONUSIDA)
Protocolo compilado de disponibilidad al por menor y calidad de los condones de MEASURE Evaluation/ OMS/PSI	Módulo de SIDA de las DHS (MEASURE DHS+)	Evaluación de servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias (ONUSIDA)	Vigilancia del VIH en grupos de población de comportamiento de alto riesgo (OMS/ONUSIDA)
Monitoreo de gastos y asignación presupuestaria (ONUSIDA, Grupo Futures)	Vigilancia del comportamiento de los jóvenes (FHI/IMPACT)*	*Evaluación de servicios de transmisión maternoinfantil (UNICEF, OMS, ONUSIDA, Horizons)*	Vigilancia de las ITS (Reagina plasmática rápida, otros datos de laboratorio, notificación de enfermedades) (OMS)
Evaluación de prácticas discriminatorias y legislación (ONUSIDA)	Vigilancia del comportamiento de trabajadoras sexuales (FHI/IMPACT)*	*Protocolo para la evaluación de la atención y el apoyo de los en relación con el VIH y el SIDA (OMS/ONUSIDA)*	
Instrumentos e indicadores con base en el análisis de los medios de comunicación (MEASURE Evaluation)	Vigilancia del comportamiento de la población general adulta (FHI/IMPACT)*	*Borrador de protocolo sobre sangre segura (MEASURE Evaluation)*	
	Vigilancia del comportamiento de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (FHI/IMPACT)*	*MEASURE – Caracterización de la provisión de servicios (CPS)*	
	Vigilancia del comportamiento de usuarios de drogas intravenosas (FHI/IMPACT)*		

* Parte de las Encuestas de vigilancia del comportamiento: Pautas para realizar encuestas del comportamiento repetidas entre población con comportamientos de riesgo en cuanto al VIH. *(Behavioral Surveillance Surveys, BBS: Guidelines for repeated behavioral surveys in population groups at risk of HIV)*

(MACRO International). Las encuestas de grupos de población específicos fueron elaboradas por Family Health International (FHI), con base en la experiencia de esa institución en realizar Encuestas de Vigilancia del Comportamiento *(BSS Behavioral Surveillance Surveys)*. Algunos estudios realizados con el apoyo de MEASURE *Evaluation* también contribuyeron elementos para estos instrumentos.

Monitoreo y evaluación de la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios y otros

La información sobre estos temas puede obtenerse por medio de encuestas periódicas y sistemáticas de los servicios de salud y otras instituciones que den servicios relacionados con el VIH, por ejemplo, los de centros de consejería y pruebas de detección voluntaria. Los instrumentos incluyen protocolos para obtener información sobre la atención de las ITS, consejería y pruebas de detección, prevención de la transmisión del VIH maternoinfantil y seguridad de la sangre. La sección sobre la atención de ITS en gran parte se deriva de protocolos elaborados por el Programa Mundial del SIDA de la OMS. También se incluyen otros métodos, algunos elaborados y puestos a prueba en varios países con la colaboración de Family Health International.

Monitoreo del VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual

Las pautas para el monitoreo del VIH, la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual fueron elaboradas por ONUSIDA y la OMS. Surgen en el marco de la vigilancia de segunda generación que elaboraron ambas instituciones con la colaboración de otros socios, y presentan recomendaciones sobre la selección de grupos y sitios centinela. También proveen información sobre la selección de grupos y sitios centinela y el uso de datos de diversas fuentes de información para dar mayor eficacia al monitoreo de la dispersión del virus, según la fase de la epidemia en un lugar determinado. Otros instrumentos utilizados en la recopilación de información sobre este tema son las pautas para la vigilancia de las ITS (reagina plasmática rápida, otros datos de laboratorio, notificación por síndrome o por enfermedad), obtención de muestras para pruebas de detección del VIH y las ITS en el hogar o entre grupos específicos de población, y obtención de datos sobre morbimortalidad causada por el SIDA. También se dispone de pautas para obtener muestras de sangre, orina, saliva y otras muestras para detección del VIH u otras ITS.

1.2 La importancia del monitoreo y la evaluación de los programas de SIDA

El monitoreo y evaluación de los programas que tienen por objeto mejorar la salud y promover el desarrollo no son nada nuevo. Los sistemas de monitoreo y evaluación sirven para seguir lo que se está haciendo y determinar si con ello se están logrando cambios. También ayudan a los gerentes de programa a calcular y distribuir los recursos necesarios de modo que se obtengan los mejores resultados posibles.

Estos son aspectos ya conocidos para cualquier persona que haya trabajado en programas de planificación familiar, nutrición, educación primaria o en varios otros campos de la salud y el desarrollo. De hecho, la contribución del Comité de Asistencia al Desarrollo del la Organización para la Cooperación Economía y el Desarrollo (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) y otras instituciones en la elaboración de instrumentos para la asignación de recursos en otros campos del desarrollo han servido de base para preparar esta guía. ¿Es necesario contar con guías distintas para el monitoreo y la evaluación de los programas de VIH y SIDA? Sí. La epidemia del VIH es diferente de otros temas de salud y desarrollo dado que es una enfermedad relativamente nueva y nadie sabe con exactitud el curso que seguirá. Constantemente se proponen nuevas intervenciones que deben ser sometidas a pruebas de eficacia para mostrar la necesidad de incluirlas como parte de la respuesta nacional o internacional a la epidemia. La investigación operativa puede mostrar la eficacia de una intervención, por ejemplo, de la educación

sexual en determinados colegios secundarios para reducir el comportamiento de riesgo. Un sistema nacional de monitoreo y evaluación fuerte requiere un sistema que pueda mostrar el éxito generalizado, para lo cual es necesario hacer encuestas repetidas con muestras nacionales de estudiantes secundarios para observar cambios en los comportamientos de riesgo que puedan producirse al integrar la educación sexual en el currículum escolar en todo el país.

La epidemia propiamente dicha sigue cambiando. Por años, toda la atención estuvo dirigida a la prevención. Sin embargo, a medida que las epidemias de VIH se convertían en epidemias de SIDA en uno y otro país, fue cobrando importancia la atención de los enfermos y el apoyo social para las personas con SIDA y sus familias. A menudo tales servicios no son fáciles de proveer, además de ser potencialmente caros. Por lo tanto, su monitoreo y la evaluación del impacto que puedan producir es importante para garantizar que se provean la mejor atención posible.

El VIH es un tema políticamente delicado en la mayoría de los países. Grupos de cabildeo tanto religiosos como políticos, además de la población general, pueden oponerse a ciertas intervenciones, creando indecisión en la jerarquía política más alta en cuanto a asumir el tema en cuestión. Optando por dedicar la atención a la mortalidad materna, nutrición infantil y otros programas que sean "políticamente neutros". Es en este aspecto en que quizás el monitoreo y la evaluación sean más útiles, ya que al contar con medidas y registros minuciosos del éxito de las actividades, podría usarse tal información para convencer a los políticos de las ventajas de ampliar los programas.

Dado que son tantas las disciplinas que contribuyen al tema de evaluación y que existen variaciones culturales que la afectan, es útil iniciar el monitoreo y la evaluación con una definición de vigilancia, monitoreo, evaluación, programa, intervención y proyecto. Para los fines de este documento, *programa* se refiere a la respuesta global al VIH de un país, un distrito o subdivisión administrativa. El programa nacional a su vez está constituido por diversas áreas programáticas, como el programa de seguridad de la sangre, el de control de las ITS o el de prevención del VIH entre la juventud. El término *intervención* o *estrategia de intervención* se refiere a tipos de actividades específicas que tienen por objeto lograr las metas de un área programática. La capacitación sobre la comunicación en relación con el SIDA de un gran número de profesores podría ser una intervención que forme parte del programa de prevención del VIH entre la juventud. La palabra *proyecto* a veces se usa como sinónimo de intervención, ya que en la práctica las intervenciones se limitan en el alcance a proyectos específicos financiados de una fuente única, por lo menos en su fase inicial o *piloto*. No obstante, con mayor frecuencia los *Proyectos* son una combinación de intervenciones destinadas a una población específica definida geográficamente o según alguna otra característica.

1.3 El uso de indicadores a diferentes niveles

En esta guía se proponen indicadores para todo el país y la forma de medirlos; tienen por objeto medir diversos aspectos de la epidemia del VIH y la respuesta nacional a ella. Tales indicadores ayudan a dirigir la atención nacional a componentes clave de la respuesta en cuanto a la prevención y la atención así como al impacto resultante y sirven para observar los cambios temporales en aspectos específicos de la atención y la prevención. También permiten hacer comparaciones entre la ejecución y eficacia de la respuesta nacional global de diferentes países.

Dado que este conjunto de indicadores cubren tantos temas y que medirlos para todo el país requiere recursos significativos, es necesario limitar el número de ellos que se utilice en un tema en particular. Vale decir, los indicadores que aquí se presentan no podrán usarse para medir de manera total todos los aspectos del monitoreo y la evaluación de un programa nacional; tampoco cubrirán las necesidades más detalladas del monitoreo y la evaluación de un proyecto específico para prevenir y disminuir las repercusiones del VIH. En los párrafos siguientes se

explicará brevemente la función de estos indicadores en relación con el monitoreo y la evaluación en el ámbito internacional, nacional y de proyecto.

Ámbito internacional

La recolección de estos indicadores en distintos países servirá para que los organismos internacionales y los que proporcionan financiamiento puedan:

- Observar las tendencias mundiales de la epidemia y la respuesta a ella.
- Determinar las tendencias y modalidades regionales de la epidemia y la respuesta a ella.
- Destacar los problemas mundiales y regionales de la respuesta a la epidemia.
- Respaldar la demanda de recursos adicionales para hacer frente a la epidemia.
- Asignar recursos económicos y técnicos de manera que se consiga el mayor resultado en la lucha contra la pandemia mundial.

En consecuencia, es importante que los indicadores se definan y midan de la misma forma, con el fin de obtener una imagen mundial clara y poder hacer comparaciones entre países y regiones. En esta guía se emiten recomendaciones detalladas para medir cada indicador y, si bien se necesita información sobre el contexto para formarse una imagen completa en torno a cada indicador, a grandes rasgos pueden servir para hacer comparaciones directas entre países.

Ámbito nacional

Los indicadores que se presentan aquí pueden usarse en el nivel nacional con los mismos propósitos ya mencionados: observar las tendencias, señalar problemas, abogar y designar recursos. Además, en el ámbito nacional tendrán que contribuir a la evaluación de la eficacia de la respuesta del país al problema, vale decir, la suma total de todas las actividades desempeñadas en relación con la epidemia del VIH/SIDA. Por ejemplo, podría esperarse que diversas actividades de prevención agresivamente dirigidas a la gente joven produjeran un aumento en el uso de condones o un mayor grado de abstención sexual. En consecuencia, los indicadores sobre el comportamiento sexual de los jóvenes que aquí se presentan podrían medir tales cambios están ocurriendo o no.

Al decidir qué conjunto de indicadores se utilizarán en un determinado país, es importante que se comprenda que estos no son los únicos ni que necesariamente haya que usarlos todos. La selección debe tener su base en los objetivos, metas y actividades comprendidos en la respuesta nacional al VIH y en la epidemiología y naturaleza de la epidemia en el país, además de los comportamientos de riesgo. Siempre habrá que tener presente el costo (en tiempo y dinero) de obtener y analizar la información correspondiente a cada indicador. No tiene sentido recopilar información sobre comportamientos de riesgo o grupos de población que no son relevantes a la epidemia local. En esta guía, los indicadores se han dividido en centrales y adicionales, designación que varía según el estadio de la epidemia. Los indicadores fundamentales se refieren a aspectos importantes que influyen en la epidemia o en el curso que siga, y se recomienda su obtención en todos los países en una fase epidémica determinada. Los indicadores adicionales se recomiendan solo para los países donde sean pertinentes a la situación o a la respuesta nacional. En la descripción de los indicadores que figura más adelante en este documento se trata en detalle la aplicación de cada indicador adicional y sugerencias para su uso.

Cuando corresponda a las necesidades del país, se recomienda que los programas nacionales de SIDA usen los indicadores señalados aquí para garantizar que la información sea uniforme de un país a otro y a lo largo del tiempo. Por otra parte, los países deberán agregar o eliminar indicadores para cerciorarse de que los datos que obtengan estén relacionados con la mejora de la respuesta nacional. Por ejemplo, en un país donde la prevalencia sea baja y cuyos programas de consejería y pruebas de detección voluntarias para las mujeres embarazadas no sean el énfasis, no tendría mucho valor obtener la información pertinente a los indicadores de transmisión maternoinfantil que se sugieren en este documento. Si los recursos señalan que debe limitarse el número de indicadores, los mencionados podrían elimi-

narse total o parcialmente, dejando solo uno o dos. Por el contrario, en un país con una epidemia generalizada y grave, podría ser necesario agregar indicadores adicionales para medir la respuesta local, por ejemplo, el número de provincias que cuenta con un comité provincial de SIDA encabezado por el máximo dirigente local. En un país donde la epidemia se concentra entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables, el conjunto de indicadores podría ampliarse e incluir indicadores específicos y pertinentes a la realidad nacional, como el porcentaje de usuarios de drogas en tratamiento con metadona que reciben consejería sobre el VIH o el porcentaje de bares donde se reúnen personas gays en los que se distribuye condones.

Ámbito local o municipal

En el marco de la descentralización y reforma del sector salud, el municipio (o la división político-administrativa que corresponda) desempeña una función cada vez mayor en los programas de salud, incluso los de SIDA. Si bien las funciones municipales de monitoreo y evaluación aún no se han especificado en la mayoría de los países, probablemente a ese nivel estas sean de dos tipos. El primero corresponde al monitoreo local de los programas de SIDA y el segundo, a la recolección de datos para someter al nivel nacional para el monitoreo y evaluación nacional.

Muchos de los indicadores presentados en estas pautas sirven para el monitoreo local. No obstante, los recursos municipales son mucho más limitados. Una encuesta amplia podría, con facilidad, llevarse más de la mitad de los recursos presupuestados para SIDA para un año completo. Más aún, por lo general los municipios no cuentan con los recursos humanos para llevar a cabo encuestas con base en la población. En algunas localidades podría a lo mejor, con poca ayuda externa, realizarse encuestas periódicas sobre el comportamiento de grupos específicos, como jóvenes escolares. Sin embargo, por lo general, el monitoreo local deberá enfocarse en los insumos y productos y a determinar si las actividades planificadas se están realizando según lo programado. Como parte de la supervisión regular podría realizarse una evaluación rápida de los servicios; esta podría dar información sobre la calidad de la atención de las ITS o de la disponibilidad de servicios consejería y pruebas de detección voluntarias o de la atención de pacientes con SIDA que proporcionan los servicios de salud. Por lo demás, en el ámbito local pueden utilizarse los datos del sistema de información de los servicios de salud para determinar la incidencia de las infecciones de transmisión sexual. Del total de recursos económicos locales para SIDA, de 3% a 5% deberá destinarse al monitoreo y evaluación de las actividades.

Con respecto al monitoreo y evaluación nacionales, el distrito o unidad administrativa también debe contribuir con información sobre insumos y productos, según lo indiquen las normas nacionales. Cuando la notificación de las localidades es buena, contribuye enormemente al monitoreo y evaluación nacionales. Por ejemplo, en un país en que se cuente con información real sobre la distribución de los condones según localidad (en vez del total nacional), el monitoreo de las tendencias del uso de preservativos es mucho más exacto y válido. En muchos aspectos el contenido de los párrafos siguientes con relación a la evaluación de proyectos también es válido para el monitoreo y la evaluación en el ámbito local.

Evaluación y monitoreo de proyectos

A menudo se quiere utilizar los indicadores para evaluar proyectos específicos de prevención y atención; asimismo, se piensa que su adaptación es fácil. No obstante, si bien algunos indicadores pueden prestarse para el monitoreo y evaluación de algún proyecto específico, con toda seguridad no cubrirán en su totalidad los requerimientos relacionados con el proyecto. Para que el monitoreo y evaluación de un proyecto sean bien hechos, es necesario contar con una combinación de indicadores de insumos, proceso, productos, resultados e impacto que se relacionen directamente con las actividades, metas y objetivos del mismo. A su vez, los indicadores retroalimentarán directamente al proyecto para mejorar la ejecución de las actividades y obtener el máximo impacto.

Muchos de los indicadores sugeridos en este documento están destinados a usarse con la población general o en relación con servicios específicos de VIH y SIDA. Por lo tanto, la obtención y notificación de información de la forma en que aquí se recomienda podría ser inadecuada para evaluar un proyecto específico. Es más, aún si sirviera, deberían obtenerse simultáneamente medidas de exposición al proyecto o estudiarse otros productos que estén relacionados exclusivamente con la población objeto del proyecto para poder atribuir cualquier cambio observado en el indicador al proyecto propiamente tal.

Esta limitación es propia de los indicadores generales, como los aquí descritos, cuando se aplican a la evaluación nacional, ya que aún cuando miden modificación del comportamiento, esta no puede adjudicarse a ningún proyecto específico. Esto se debe a que las poblaciones habrán estado expuesto a los medios de comunicación masiva y a otras fuentes de información sobre el VIH y el SIDA, amigos y parientes afectados por la enfermedad y otras actividades de prevención y atención, ninguno relacionado con el proyecto que se evalúa.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, cuando sea necesario determinar o mostrar la eficacia de un proyecto específico, su diseño deberá incluir la línea de base y evaluaciones de seguimiento que midan no solo el producto de ese proyecto específico (por ejemplo, aumento del uso de condones de parte de un grupo en particular de la población o aumento en el apoyo social para las personas que viven con el VIH de parte de la comunidad), sino también el grado de exposición al proyecto y sus actividades.

Gran parte de la presión para establecer indicadores estandarizados ha surgido de organismos internacionales, con el fin de hacer comparaciones entre países. No obstante, el valor del uso de estos instrumentos en el país no debe subestimarse. Así, al diseñar la evaluación de un proyecto, es necesario tener presente el estándar nacional correspondiente a los indicadores de ese tema. Cada proyecto puede tener requerimientos especiales de información que permitan una evaluación rigurosa, sin embargo, a menudo también permite utilizar indicadores con períodos de referencia, denominadores y otros elementos estandarizados, de modo que sus datos se puedan alimentar en el sistema de monitoreo y evaluación nacional.

Si se utiliza un método comparable al que aquí se recomienda o si es posible modificar levemente las actividades de evaluación del proyecto de modo que se pueda obtener información como la que se solicita en este documento sin comprometer la evaluación del proyecto, se podrán utilizar los indicadores pertinentes al proyecto y proporcionar la información al programa nacional.

Cuando se utilizan medidas comparables, el programa nacional obtiene información valiosa del mismo indicador aplicado a diversas poblaciones, lo cual permite comparar los resultados, detectar diferencias o inconsistencias regionales o locales y tratar de resolverlas. Ello facilita la asignación de recursos a las regiones o grupos de población con más necesidades, determinar las zonas donde habrá que intensificar o reducir las actividades nacionales y ayudar a mejorar la eficacia global de la respuesta nacional.

1.4 Vigilancia, monitoreo y evaluación: funciones diferentes

Las funciones de la vigilancia, el monitoreo y la evaluación son distintas, aunque se superponen. En esta sección se tratará de explicar estas expresiones según se utilizan en este documento.

Tanto la vigilancia como el monitoreo y la evaluación sirven para obtener información que ayude a determinar la relación entre las actividades y recursos de los programas y las metas que estos se han propuesto lograr. En el caso de los programas nacionales de SIDA las metas principales serán reducir la diseminación del VIH, mejorar la atención de las personas infectadas y reducir al mínimo el impacto económico y social entre las familias y comunidades afectadas.

Para alcanzar esas metas, los **insumos** (como el personal y el dinero) deben lograr **productos**, como abastecimientos de medicamentos y sistemas de distribución de fármacos y otros productos esenciales, servicios nuevos o mejores, personal capacitado, material informativo y otros. Cuando estos productos están bien definidos y llegan al público al cual estaban destinados, el programa probablemente logre **efectos** o **resultados** positivos a corto plazo, por ejemplo, aumento en el uso de condones con parejas circunstanciales, reducción del uso compartido de jeringas o agujas entre los usuarios de drogas inyectables o reducción de la edad de la primera relación sexual de los jóvenes. Estos resultados positivos a corto plazo a su vez deberían llevar a un **impacto** a largo plazo de los programas. Este impacto se refleja en una disminución del número de nuevas infecciones de transmisión sexual o de VIH o en una reducción de la mortalidad por esta última infección.

Monitoreo

El **monitoreo** consiste de una observación constante de información prioritaria del programa y sus efectos, según fueron preestablecidos. Aquí habría que incluir el monitoreo de insumos y productos por medio de registros y sistemas de notificación periódica y de observación de los servicios de atención y encuestas de los clientes. Por lo general, los datos se obtienen en el ámbito local o municipal y se envían al programa nacional para agregarlos a otra información. Este tipo de actividad se denomina monitoreo de programa, proceso o producto.

La relación entre datos de distintas fuentes y su interpretación son clave en un buen sistema de monitoreo. A menudo un solo indicador puede ser poco convincente, especialmente si se trata de un indicador con base en información autonotificada sobre temas delicados, como las relaciones sexuales fuera del matrimonio. En relación con el cabildeo, el valor de un indicador que muestra un aumento del uso de condones notificado por la propia población puede reforzarse al añadir datos que demuestren que ha habido un aumento de la distribución de condones y una reducción del número de casos atendidos en las clínicas de ITS.

Cuando se analiza la situación con respecto a la infección por VIH, los comportamientos que difunden la infección por VIH y la calidad de las diversas respuestas sumados, los indicadores de monitoreo funcionan como “signos vitales” de la epidemia del VIH tanto para una localidad, como para una región o un país en su totalidad. Asimismo, sirven para que los gerentes de programas puedan determinar los aspectos que necesitan más atención y señalar elementos que puedan contribuir a mejorar la respuesta, no obstante, estos últimos solo podrán analizarse mejor con métodos de investigación de resultados más complejos que los que se usan como parte de la vigilancia y el monitoreo rutinario.

En el monitoreo se puede incluir también la observación de los resultados programáticos de corto plazo y el impacto a largo plazo. Tales datos a menudo se obtienen por medio de los sistemas de vigilancia. La **vigilancia** consiste en la observación rutinaria del curso de la enfermedad (vigilancia de enfermedad) o, con menor frecuencia, de los comportamientos de riesgo (vigilancia del comportamiento), utilizando el mismo sistema de recolección de datos a lo largo del tiempo. La vigilancia ayuda a describir una epidemia y su avance y puede contribuir al pronóstico de las tendencias futuras y a dirigir más precisamente las acciones preventivas de los programas. En el caso del VIH, los sistemas de vigilancia por lo común analizan el impacto del VIH y a veces la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, y los resultados en relación con el comportamiento sexual de riesgo. Por lo general, la vigilancia se efectúa tanto a nivel local como a nivel nacional.

Evaluación

La **evaluación** comprende un conjunto de actividades que tienen por objeto determinar el valor de un programa, intervención o proyecto específico. Por lo tanto, significa poder relacionar directamente un producto o resultado específico con una intervención en particular. La evaluación consta de tres fases consecutivas. La primera fase o **evaluación de proceso** comprende la valoración del contenido de un programa, su alcance o cobertura y la calidad e

integridad de su ejecución. Si en esta fase de la evaluación se descubre que el programa ni siquiera está en ejecución o no está llegando al público previsto, no vale la pena pasar a la fase siguiente. Si en realidad no se ha puesto en marcha el programa, este no puede mostrar efecto alguno. Sin embargo, si la evaluación de proceso muestra avances en la ejecución del programa según se había programado, vale la pena seguir adelante con la evaluación de los resultados a corto plazo, como suele llamarse, la **evaluación de resultados**. (En cuanto a la prevención del VIH, los conocimientos, actitudes y creencias se han considerado resultados, al igual que los comportamientos relacionados con la infección). No obstante, como se señala más adelante en la sección sobre *Marco de referencia para la selección de indicadores*, el aumento del conocimiento sobre el VIH solo puede resultar en una disminución de las tasas de infección cuando se dan cambios en los comportamientos sexuales o de consumo de drogas. Por lo tanto, en esta guía se considera que el monitoreo de los cambios de conocimiento, actitudes y creencias no es suficiente para mostrar la eficacia de un programa específico. Los productos del programa en cuanto a aumentar el conocimiento son importantes, pero no conducen directamente a cambiar el impacto sin antes reflejarse en un indicador de resultado, como podría ser un aumento en el uso de condones o una disminución de la actividad sexual de riesgo.

En resumen, ¿en qué se diferencia el monitoreo de los resultados de su evaluación? Básicamente el *monitoreo* de los resultados determina los cambios en los resultados como consecuencia de la ejecución de un programa o proyecto, pero no sirve para atribuir directamente los cambios detectados a la intervención analizada. Por su parte, la *evaluación* tiene específicamente por objeto poder atribuir los cambios a la intervención que se estudia. Si no se cuenta con un diseño de evaluación adecuado, el monitoreo de los indicadores de resultado por sí mismo no sirve para obtener pruebas de una relación causal evidente con respecto a la eficacia de un programa específico. En el peor de los casos, el diseño de la evaluación debe permitir obtener una relación plausible entre los resultados y un programa bien definido; también debe servir para mostrar que los cambios no se deben a factores externos al programa.

Cuando al evaluar un programa de prevención del VIH no se observan cambios positivos en las medidas de resultados (como las de comportamiento sexual de riesgo o de consumo de drogas), no tiene mucho sentido analizar medidas de impacto, como la prevalencia del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual. Aun cuando se observe un cambio en la prevalencia, este no podrá atribuirse a las actividades del programa, a no ser que haya sido precedido por un cambio en los comportamientos de riesgo. A falta de este último, los cambios observados de la prevalencia podrían deberse a otros factores, como un aumento de la mortalidad o cambios en la utilización de los servicios. Sin embargo, si los indicadores de resultado muestran que el comportamiento está cambiando, corresponde hacer una **evaluación de impacto**. Es raro encontrar una verdadera evaluación de impacto, que pueda atribuir cambios de largo plazo de la infección por VIH a un programa específico. Más bien, para indicar el impacto global de la respuesta nacional a la epidemia, se estima que es suficiente contar con indicadores de monitoreo del impacto (prevalencia del VIH o mortalidad entre los adultos) y analizarlos conjuntamente con indicadores de proceso y resultados. En su conjunto, los indicadores de monitoreo pueden dar a los gerentes de programa y políticos una idea de cómo la suma de todas las actividades que se llevan a cabo en relación con el VIH en un municipio, región o país están logrando un cambio. Por ejemplo, cuando se observó una reducción de la prevalencia del VIH entre las embarazadas jóvenes que se atendían en clínicas prenatales en Uganda, se analizó una serie de indicadores de monitoreo sobre la distribución de condones y su disponibilidad, la actividad sexual de los jóvenes, la prevalencia de parejas múltiples y el uso de condones, con el fin de determinar si efectivamente los cambios de comportamiento habían sido la causa de la disminución de la prevalencia del VIH entre la población estudiada.

2 Un sistema de monitoreo y evaluación

Hasta mediados de la década de 1990, gran parte del monitoreo y la evaluación se había hecho de manera fraccionada. A menudo existe un sistema de vigilancia del VIH que no funciona bien; se han llevado a cabo algunos estudios del comportamiento, pero no se han aplicado los mismos métodos de muestreo o indicadores. Son muy pocos los países donde se pueden analizar los cambios del comportamiento, los que probablemente nunca puedan atribuirse a intervenciones específicas. Algunas investigaciones pueden haber dado información adicional sobre algunos aspectos, pero a menudo sus resultados no se han utilizado en la programación ni en la toma de decisiones políticas. Es probable que se haya hecho una evaluación profunda de algún proyecto sobre un tema específico financiado con fondos externos, pero los resultados a lo mejor nunca se compartieron con otros individuos pertinentes. Podrían estarse utilizando Reagina Plasmática Rápida (RPR) para el diagnóstico serológico de sífilis en las clínicas de atención prenatal, sin que los resultados se transmitan al nivel local o nacional para su uso en el monitoreo. En resumen, la utilidad de muchos indicadores relacionados con el VIH en un país dado puede desperdiciarse debido a la falta de un sistema de monitoreo y evaluación coherente.

Tal sistema presenta varias ventajas: contribuye al uso más eficiente de los datos y los recursos, ya que garantiza que los indicadores y los métodos de muestreo sean comparables a lo largo del tiempo y reduce las posibilidades de duplicar esfuerzos. Cuando los recursos son escasos, esto último es más importante. Los datos generados por un sistema de monitoreo y evaluación integral deben satisfacer las necesidades de muchos, incluso los gerentes de programa, investigadores e instituciones donantes. En consecuencia, se elimina la necesidad de que cada uno de ellos repita los estudios de base o de evaluación, al poder disponer de los datos existentes. Una buena coordinación lleva al uso más eficiente de los recursos.

Para el programa nacional, un sistema coherente de monitoreo y evaluación ayuda a garantizar que las actividades de monitoreo y evaluación financiadas por donantes satisfagan de la mejor manera las necesidades nacionales, y no sirvan solo para satisfacer las necesidades de información de agencias o legisladores extranjeros.

Otra ventaja de coordinar el monitoreo y la evaluación es el hecho de que facilita la comunicación entre los diversos grupos que participan en la respuesta nacional al VIH. Cuando se comparten las actividades de planificación, ejecución, análisis o diseminación de información se puede reducir la superposición de las acciones y aumentar la cooperación entre los distintos grupos, los que pueden trabajar de manera más eficiente en conjunto que aisladamente.

El uso final de datos e indicadores para la planificación y evaluación es indispensable en cualquier sistema de monitoreo y evaluación. No debe obtenerse información que no será utilizada. Cada país tiene necesidades diferentes en cuanto al monitoreo y la evaluación, que dependen, parcialmente, del estado de la epidemia del VIH en el país, de los esfuerzos del programa de SIDA y de los recursos de que se disponga. No obstante, los sistemas de monitoreo y evaluación exitosos tienen varios elementos comunes, que se describen en el Recuadro 2.

Recuadro 2
Lista de las características de un buen sistema de monitoreo y evaluación

UNIDAD DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	• Unidad de monitoreo y evaluación establecida en el ministerio de salud • El presupuesto para el monitoreo y la evaluación es alrededor de 10% del presupuesto nacional para VIH/SIDA/ITS • El presupuesto nacional de monitoreo y evaluación cuenta con una contribución nacional significativa • Existe una relación formalizada (monitoreo y evaluación) con instituciones de investigación • Existe una relación formalizada (monitoreo y evaluación) con las organizaciones no gubernamentales más importantes y los donantes • La unidad de monitoreo y evaluación cuenta con: - Epidemiólogos o está afiliada a una unidad de epidemiología - Expertos en ciencias sociales o del comportamiento o está afiliada a una unidad de ese tipo - Expertos en procesamiento de datos y estadística o está afiliada a una unidad de ese tipo - Expertos en difusión de información, o está afiliada a una unidad de ese tipo
METAS CLARAS	• Metas y objetivos programáticos nacionales bien definidos • Revisiones/evaluaciones nacionales periódicas de los avances en la ejecución de los planes del programa nacional • Pautas y guías de monitoreo y evaluación para los municipios y regiones o provincias • Pautas para relacionar el monitoreo y la evaluación con otros sectores • Coordinación de las necesidades de monitoreo y evaluación nacionales y de los donantes
INDICADORES	• Un conjunto de indicadores prioritarios e indicadores adicionales para diversos niveles de monitoreo y evaluación • Indicadores que sean comparables a lo largo del tiempo • Varios indicadores clave que sean comparables con los de otros países
RECOPILACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	• Un plan nacional global para la recopilación y análisis de los datos • Un plan para la recopilación y análisis de indicadores en los diferentes niveles de monitoreo y evaluación • Vigilancia de segunda generación, donde los datos de comportamiento se conecten con la información sobre vigilancia de VIH/ITS
DISEMINACIÓN DE DATOS	• Un plan nacional global de difusión de información • Un informe anual de la unidad de monitoreo y evaluación ampliamente difundido • Reuniones anuales con quienes toman decisiones de política y planificadores para difundir y discutir los resultados del monitoreo y la evaluación de los hallazgos de investigaciones • Un centro de información que genere y difunda los hallazgos • Una base de datos centralizada o biblioteca que contenga toda la información relacionada con el VIH, el SIDA y las ITS, incluso la de investigaciones en curso • Coordinación de las necesidades de monitoreo y evaluación nacionales y de los donantes

2.1 Unidad de monitoreo y evaluación

Por lo general, el monitoreo y la evaluación nacional de los programas de VIH/SIDA/ITS está en manos de los ministerios de salud. A menudo se ha establecido una unidad de monitoreo y evaluación como parte de los programas nacionales de SIDA. Mientras los ministerios de salud cuentan con sistemas de información de salud eficaces, el monitoreo del VIH y la respuesta a la infección puede hacerse conjuntamente con el de otras enfermedades desde una unidad central de epidemiología, tal como el Centro para el Control de las Enfermedades de Tailandia. En los casos en que el programa de SIDA está dirigido por un comité interministerial, la coordinación de las actividades de monitoreo y evaluación podría estar fuera del ministerio de salud, lo que tiende a complicarla. La función de coordinación del programa nacional de SIDA o sus afiliados es extremadamente importante. Aun cuando se reconoce que en muchos países los fondos para dar seguimiento a los proyectos e insumos provistos por donantes e investigadores diversos son limitados, es indispensable mantener un panorama global de los insumos por medio de un sistema de monitoreo y evaluación. Con el fin de dar sustentabilidad a esta función, debe establecerse como parte de un sistema nacional eficaz y coherente de monitoreo y evaluación, y los programas nacionales no deberían dudar de la necesidad de luchar para obtener un uso mejor de los recursos tanto del programa nacional como externos.

No hay duda de la enorme diferencia entre los **recursos financieros** de los programas nacionales de VIH/SIDA/ETS de un país a otro. Si el presupuesto del programa es mínimo, los recursos destinados a monitoreo y evaluación también serán muy escasos. No obstante, una situación inversa no garantiza recursos para el monitoreo y la evaluación. En algunos países que tienen recursos relativamente altos para medicamentos y tratamiento, el monitoreo de la epidemia casi no existe o los recursos para el monitoreo se asignan de manera ineficiente. Los donantes que quieren saber si sus recursos se gastan de manera adecuada presionan para que se establezcan mejores sistemas de monitoreo y evaluación. Como resultado, las actividades de monitoreo y evaluación se financian de manera desproporcionada con fondos de los mismos organismos donantes, lo cual ha generado preocupación en algunos países beneficiarios debido a que al terminarse el financiamiento externo se da, en la práctica, el colapso de muchas actividades de monitoreo y evaluación. Dado que el sistema de monitoreo y evaluación es indispensable para garantizar un buen uso de los recursos, se recomienda que alrededor de 10% del presupuesto de VIH y SIDA se destine a esas actividades, sin incluir la vigilancia del VIH y de los comportamientos de riesgo. Ninguna actividad de monitoreo y evaluación debería financiarse exclusivamente con recursos externos.

En muchos países el monitoreo y la evaluación se ven restringidos de manera significativa por la capacidad de los **recursos humanos.** Muchos programas nacionales cuentan con unidades o comités de monitoreo y evaluación; sin embargo, por lo general estas unidades tienen una grave escasez de personal, por lo que sus actividades a menudo se limitan a mantener los sistemas de vigilancia serológica. Por lo tanto, es indispensable mejorar la situación de los recursos humanos para fortalecer el monitoreo y la evaluación. En los casos en que no sea posible mantener esta capacidad como parte del programa nacional, habrá que establecer redes con el fin de utilizar capacidades externas según sea necesario. Como mínimo, las unidades de monitoreo y evaluación deberán tener acceso a cada uno de los siguientes especialistas: epidemiólogo, estadístico, sociólogo u otro profesional de las ciencias sociales y administrador de datos. Dado que a menudo los datos disponibles no se presentan ni se comunican bien, el equipo debería incluir un profesional de las comunicaciones o cabildeo.

La unidad central de monitoreo y evaluación deberá mantener relaciones formales con universidades y organizaciones no gubernamentales por medio de un **grupo técnico asesor** para este tema específico.

Este grupo integra investigadores académicos, representantes de los organismos donantes y miembros del gobierno, ONG y otras instituciones nacionales, y complementa la capacidad técnica de la unidad central de monitoreo y evaluación. La credibilidad de la información generada por esta última unidad se fortalece cuando cuenta con el respaldo de un grupo técnico.

En los casos en que los programas de salud tienen una estructura vertical, los grupos técnicos deberían incluir especialistas de monitoreo y evaluación de otros sectores con intereses comunes en relación con el VIH. Por ejemplo, los especialistas y programas de salud reproductiva, infecciones de transmisión sexual y tuberculosis son obviamente fuentes de datos que pueden integrarse al monitoreo y la evaluación de los programas de VIH, SIDA y otras ITS.

2.2 Establecimiento de metas claras para los programas

Cuando las metas globales del programa nacional no están claramente definidas, no es posible monitorear, ni menos evaluar, el avance en el logro de dichas metas. Si el programa nacional no tiene en curso intervenciones para reducir la transmisión vertical del VIH, no tiene sentido destinar recursos al monitoreo de la reducción de la transmisión maternoinfantil. Sería mejor utilizar ese tiempo y dinero para medir los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales que se producen entre los escolares después de la introducción de programas de educación sobre salud sexual en la escuela primaria. Por lo tanto, cuando se desarrolla un plan de monitoreo y evaluación es importante tener claro cuáles son las intervenciones y sistemas en ejecución y cómo se lleva el monitoreo y evalúan en la actualidad.

Por lo general, las metas del programa se encontrarán claramente establecidas en el plan estratégico nacional u otro documento de planificación. Tales documentos incluyen, habitualmente, una meta global (algo parecido a “reducir la transmisión del VIH y disminuir las repercusiones de la infección entre las personas infectadas y afectadas”) y otras metas específicas en relación con la prevención y la atención. Entre las últimas, por ejemplo, podrían encontrarse el reducir la transmisión sexual del VIH entre los adolescentes, proporcionar más servicios de calidad de la atención de las ITS y aumentar su uso o el ofrecer apoyo social que incluya la atención de salud y educación de los huérfanos. El monitoreo y la evaluación deberán diseñarse teniendo en cuenta las metas nacionales preestablecidas; es más, idealmente el plan nacional debería incluir metas que se puedan cuantificar, aunque por lo general esto no sucede en la práctica.

En las primeras etapas de la epidemia, el instrumento clave de planificación nacional estaba dado por los planes de mediano plazo (generalmente quinquenales) elaborados con el apoyo del Programa Mundial del SIDA de la OMS. El análisis de los logros del plan de mediano plazo era un ejercicio muy útil de monitoreo y evaluación que se llevaba a cabo en muchos países. Sin embargo, en el ejercicio de planificación cada vez aumenta más el número de participantes y se analiza más profundamente la situación y la respuesta a la epidemia. Tal proceso cuenta con el apoyo de ONUSIDA y sus socios y se describe en la “Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA”. Este ejercicio, que a menudo ayuda a obtener más recursos para obtener datos y analizarlos, suele conseguir información extremadamente valiosa que complemente los datos rutinarios del sistema de monitoreo y evaluación. Asimismo, el proceso permite diseminar información y fortalecer las relaciones con los socios, elementos indispensables de un buen sistema de monitoreo y evaluación.

2.3 Indicadores

Las metas del programa determinarán los elementos en que se puede esperar que haya un avance y, por lo tanto, los que se podrían medir. No obstante, ¿cómo se puede medir tal avance? Por medio de la

selección de indicadores adecuados. Ya existen o se pueden elaborar indicadores para diversos elementos de un programa (en la tercera parte de esta guía se incluye una descripción detallada de la forma de seleccionar o formular indicadores).

¿Qué indicadores se deberá elegir? Hay varios principios que rigen la selección del conjunto de indicadores más apropiados para el monitoreo y la evaluación de los programas de SIDA. En primer lugar, se debe utilizar un marco conceptual para seleccionar los indicadores e interpretar los resultados. A continuación, deben considerarse los atributos específicos de los indicadores, como su relación con las metas del programa, si sirven para medir cambios, el costo y factibilidad de obtener y analizar los datos, y la posibilidad de comparar la información con indicadores utilizados anteriormente y con los datos de otros países u otros grupos de población.

Marco conceptual para la selección de indicadores

El marco conceptual que se utiliza más corrientemente para seleccionar indicadores de monitoreo y evaluación corresponde al de insumo-producto-resultado-impacto, que figura en el recuadro 3. Los indicadores pueden medir lo que entre en el programa, los **insumos** del programa (dinero, cantidad de condones, medicamentos para tratar las infecciones oportunistas, estuches de pruebas, capacitación y otros) y lo que sale del programa, los productos (personal de enfermería capacitado, unidades de sangre segura, adolescentes que han recibido educación sexual, huérfanos que han recibido apoyo para la matrícula escolar, ventas de condones y otros). Los **resultados** del programa a menudo se definen como mejor conocimiento, cambio de actitudes, adopción de comportamientos sexuales de menor riesgo y otros. Finalmente, estos resultados pueden tener un **impacto** en la transmisión del VIH o de las infecciones de transmisión sexual.

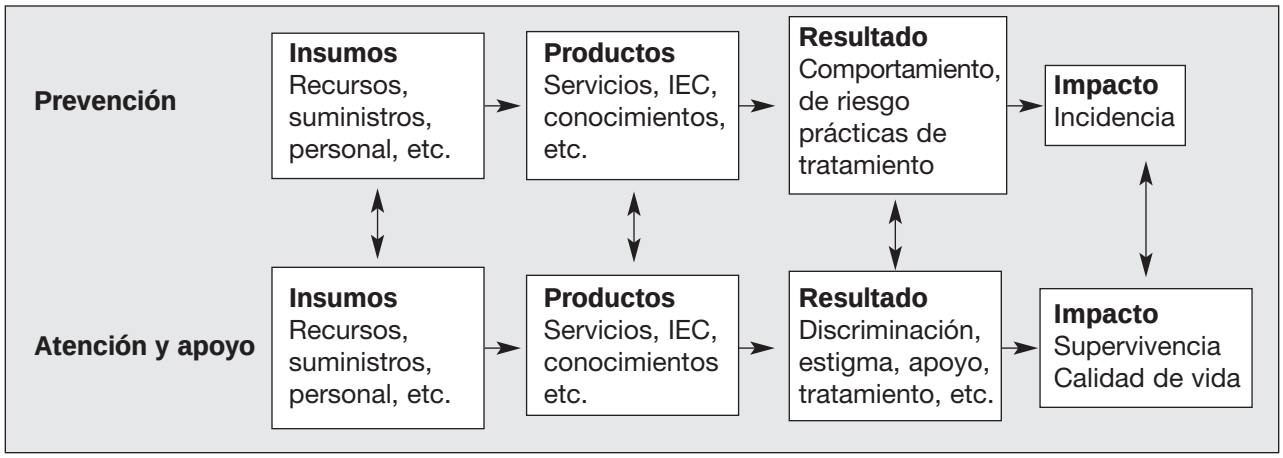
Los insumos y productos de los programas y la capacidad de los segundos de producir resultados a corto plazo (por ejemplo, cambios de comportamiento o mejores prácticas de tratamiento de las ITS) están afectados por el entorno operativo del programa. Este incluye factores socioeconómicos y características del sistema, además del grado de apoyo político con que cuenta el programa. Por ejemplo, la aplicación del método sindrómico para el tratamiento de las ITS por medio de la capacitación del personal de salud y el mejoramiento del suministro de medicamentos probablemente tenga más éxito en un sistema de salud fuerte con empleados bien remunerados que en otro más débil y de baja cobertura. La promoción del uso de condones será más eficaz si se desarrolla en un clima político y religioso favorable a esa estrategia.

Los resultados a corto plazo en relación con los programas de prevención del VIH se pueden definir mejor si se utiliza la misma lógica del marco propuesto en relación con factores determinantes inmediatos de la fecundidad y la mortalidad infantil. En ese método un resultado (o factor determinante inmediato) tiene dos características: puede modificarse si cambian los comportamientos (y las intervenciones) y, si cambia, debe tener un efecto inmediato en la transmisión del VIH. El conocimiento sobre los modos de transmisión del VIH no es un indicador de resultados del programa, si no un indicador de producto, ya que no afecta directamente la transmisión del VIH. Solo puede lograrse una disminución de la transmisión del VIH cuando se adoptan prácticas sexuales de menor riesgo como consecuencia de la adquisición de conocimiento.

Con base en la epidemiología de las enfermedades infecciosas, son varios los factores que afectan la diseminación del VIH y que pueden definirse como resultados del programa:

- *Riesgo de transmisión por contacto:* el uso de condones, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, edad y sexo de la persona sana, el tipo de prácticas sexuales, la fase de la infección de la persona infectada y las prácticas de inyección de drogas son todos elementos que afectan el riesgo de transmisión por contacto.
- *Riesgo de transmisión por contacto sexual o con la sangre de una persona infectada.* Este

Recuadro 3
Marco de referencia para el monitoreo y la evaluación de programas de SIDA



riesgo se ve afectado por la prevalencia global del VIH en la población, el número de contactos de la persona y las características de esos contactos, incluso su edad y grado de comportamiento de riesgo, intercambio de jeringas y prácticas de preparación de las drogas. El riesgo de recibir sangre contaminada depende de las actividades de control de la sangre y las prácticas de transfusión.

- *Duración de la infección:* el tratamiento de las personas infectadas y la atención que tengan a su alcance son los dos factores que afectan la duración de la infección.

Tanto el entorno social, cultural y económico como los programas que se lleven a cabo afectan el comportamiento. Sin embargo, estos elementos no afectan mayormente la relación entre comportamiento e infección. Si hay un cambio en los comportamientos de riesgo siempre habrá cambios en las tasas de nuevas infecciones, al margen de la situación nacional.

La definición de resultados específicos del programa es más pertinente al componente de prevención de los programas nacionales de SIDA. Está sobreentendido que muchos programas nacionales no se dedican solamente a la prevención del VIH, ya que también tratan de dar atención a las personas infectadas por el virus y de reducir las repercusiones de la epidemia en la familia y la sociedad. Estos programas también afectan los factores determinantes inmediatos de la infección. Cuando la persona infectada por el VIH recibe mejor atención mejora su expectativa de vida y su salud. En consecuencia, el éxito del componente de atención de los programas de SIDA puede medirse en una disminución de la morbilidad y mortalidad, es decir, el indicador de "impacto" de la atención. Pero, por otra parte, este resultado también alarga la permanencia de las personas infectadas como parte del conjunto de parejas infecciosas, con lo cual aumentan las posibilidades de diseminación de la epidemia. Muchos aspectos de las actividades de atención y apoyo a las personas infectadas tienen por objeto mejorar su calidad de vida y no afectan directamente el curso de la epidemia. No obstante, se acepta que hay una relación poderosa entre los programas de atención y prevención; esta relación recién está recibiendo la debida atención de los gerentes de programa. Por otra parte, muchos aspectos de los programas de atención y apoyo repercuten en los indicadores relacionados con el entorno, y el éxito de los programas de atención y apoyo depende justamente de ese entorno en el que se dan las acciones. Por ejemplo, muchos programas tienen como uno de sus objetivos reducir el estigma que rodea la infección por VIH, principalmente, porque ese problema puede fomentar la discriminación contra las personas infectadas por el virus. Sin embargo, el tratar de dis-

minuir el estigma tiene efectos más amplios para la prevención. En los lugares donde el VIH está muy estigmatizado, la gente podría evitar la compra de condones para que nadie vaya a pensar que le preocupa su estado de infección por VIH. En consecuencia, al reducir el estigma asociado con el VIH produce un entorno más favorable para el programa y sus insumos y productos destinados a cambiar los comportamientos. En el ejemplo anterior, la reducción del estigma puede ayudar a mejorar el uso del condón, con el consiguiente efecto en la transmisión relacionada con cada relación sexual y, por lo tanto, en la incidencia del VIH. Otro ejemplo tiene que ver con los programas de prevención que comienzan a dar servicios para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH. Dado que poco se puede hacer para salvar la vida de la madre, una reducción de la incidencia del VIH entre los hijos de madres infectadas inevitablemente aumenta el número de huérfanos. Por lo tanto, el monitoreo de este componente de la prevención servirá para demostrar la necesidad de programar más servicios de atención y apoyo para los huérfanos.

A medida que se va viendo más clara la relación entre atención y prevención, el marco para hacer el monitoreo de los programas de prevención del VIH sin duda se irá haciendo más amplio para incluir los componentes de atención y apoyo de los programas nacionales de SIDA. Sin embargo, el marco de la prevención ya da un buen punto de partida para considerar la medición de indicadores relacionados con el VIH.

Selección de indicadores

En el caso de los programas de SIDA, los buenos indicadores de monitoreo y evaluación deben tener las siguientes características: ser pertinentes a los programas; posibles de obtener; de interpretación fácil y capaces de detectar cambios a lo largo del tiempo. La selección de los indicadores dependerá de lo que el programa espera hacer. Muchos de los indicadores de uso más frecuente surgieron de programas de encuestas nacionales, como los de Demografía y Salud, o de protocolos auspiciados por organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas. Si bien tales indicadores permiten comparar datos de un país con los de otros, muchos tienen poca utilidad en el ámbito local.

Como primer paso, los programas deberían hacer el monitoreo de insumos y productos, ya que mientras estos no cambien, no podrá atribuirse los cambios en los resultados a las actividades del programa. Los indicadores de insumos y productos, por lo general, se pueden obtener con relativa facilidad y a bajo costo. Cuando estos indicadores registran cambio, señalan la necesidad de monitorear y evaluar los resultados y el impacto.

Los indicadores elegidos deberán tener la capacidad de medir el cambio en temas en los que el programa está trabajando. Dado que la mayoría de los programas nacionales adaptan su respuesta a la situación de la epidemia en su propio país, los buenos indicadores también cambiarán según la evolución de la epidemia en cada país. Este tema se ve más a fondo en la sección de este documento que trata sobre la selección de indicadores.

Necesidades relacionadas con la recolección de datos

En una situación ideal, los indicadores deberían poderse medir con los datos que ya existan. No obstante, en general, es necesario emprender su recolección de manera especial para construir indicadores fidedignos. Los costos y complicación de obtener los datos aumentan a medida que se avanza de un indicador de insumo, a uno de producto, efecto e impacto. La información para construir indicadores de insumos y productos debería poderse obtener centralmente de los sistemas de notificación de salud de rutina. En el caso de los indicadores de resultado e impacto, los datos se obtienen por medio de encuestas (o vigilancia) de los servicios de salud o de estudios con base en la población. Será necesario tener en cuenta el costo y beneficio de obtener datos de manera periódica o más amplia. En algunos casos tal vez puede valer la pena aumentar el tamaño de la muestra de la vigilancia centinela de modo que los datos se puedan desglosar por edad, información que es importante. A

cambio puede ser mejor disminuir el número de sitios centinela o la frecuencia con la que se obtengan los datos de la vigilancia.

Finalidad del uso de indicadores

El seguimiento de los indicadores a lo largo del tiempo servirá a gerentes de programas e individuos que toman decisiones para mostrar el grado de éxito de las actividades en relación con las metas. Ese es el único objeto de los indicadores, vale decir, indicar la magnitud o dirección del cambio a lo largo del tiempo. En consecuencia, no sirven para indicar las razones que dieron lugar al cambio o que lo impidieron y, por lo tanto, no tienen una función de diagnóstico. Los sistemas de monitoreo de carácter nacional, por lo general, no pueden más que mostrar cambios en el comportamiento o grado de infección en todo el país. Cuando se observa una disminución de la prevalencia a continuación de una reducción de un comportamiento de riesgo, y el cambio de este último se produce a continuación de una intervención cuyo objeto era lograr ese cambio, se puede deducir que la respuesta nacional contribuyó a la disminución de la tasa de infección. No obstante, muy rara vez se puede atribuir el impacto directamente a una intervención.

La mayoría de los indicadores no tienen por objeto explicar las causas del cambio o el porqué no lo hubo; su función es exclusivamente medir el cambio. Solo los estudios cualitativos, de escala menor, pueden dar información sobre el "porqué" de un cambio, si bien es indispensable comprender "por qué" y "cómo" se producen los cambios antes de decidir cómo responder a un problema. Los estudios de menor envergadura no forman necesariamente parte de un sistema nacional regular de monitoreo del VIH y los comportamientos determinantes de la diseminación del VIH en un país, pero son un eslabón esencial entre los sistemas de monitoreo y evaluación y la formulación de políticas. Cabe destacar que los estudios pequeños que sirven para explicar un fenómeno no proporcionan indicadores uniformes que sirvan para hacer comparaciones entre países, ya que por definición sirven para explicar situaciones locales específicas.

La investigación operativa también tiene algo que aportar. Una vez que los estudios de investigación en pequeña escala muestran que una intervención puede generar el resultado deseado en condiciones ideales de investigación (lo cual en la jerga de evaluación significa que se ha demostrado la eficacia de la intervención), la investigación operativa aplica la intervención en todas sus fases para demostrar su efectividad en condiciones reales. Los insumos y productos se monitorean cuidadosamente en el ámbito del programa y no como parte de una investigación y los resultados se evalúan.

Indicadores compuestos

En diversos temas de salud y desarrollo existe una tendencia a formular índices o indicadores compuestos (o indicadores resumen) que abarcan diversos aspectos de la provisión de servicios o su resultado. Tales indicadores limitan el número de estadísticas a presentar a los políticos u otras personas que no son especialistas en el campo en cuestión y, como tales, solo necesitan tener una idea general en relación con la situación, es decir, si mejora o empeora.

La desventaja de los indicadores compuestos es que los cambios son más difíciles de interpretar. Una puntuación alta podría señalar una mejoría de varios de los componentes agrupados en el índice o, a lo mejor, el resultado de un mejoramiento muy grande en un aspecto pero un deterioro en otros. Los gerentes de programa que necesiten conocer el desempeño de todos los componentes querrán desglosar los datos para ver por separado el avance de cada elemento de la provisión de servicios. El indicador de prevención No. 6 de la OMS/PMS (Programa Mundial de SIDA), que mide la aplicación correcta de la estrategia de atención sindrómica de las ITS, es un buen ejemplo, ya que la aplicación correcta incluye el historial clínico bien tomado, el examen físico del paciente y su tratamiento adecuado.

La preparación del historial y el examen físico pueden mejorar significativamente, pero si el tratamiento no mejora debido a la escasez de fármacos, el mejor programa de capacitación disponible tendrá poco efecto en el índice compuesto. Por otra

parte, es bueno saber que los mismos datos pueden usarse para satisfacer ambas necesidades, solo habrá que desglosarlos o agregarlos según la situación lo exija. Por lo tanto, al diseñar un instrumento de recolección de datos y al hacer el análisis, es importante tener en cuenta el uso potencial de la información. Si los datos se agregan en una etapa muy precoz de la recolección o el análisis podría complicarse el desglose de indicadores necesarios para satisfacer las necesidades de los programas o sus gerentes.

2.4 Plan de recolección y análisis de datos

Una vez se ha decidido lo que se espera medir, es necesario elaborar un plan coherente para tal efecto. Dicho plan prevé todos los indicadores necesarios y toma en cuenta todas las actividades de recolección de datos para el país; así los recursos destinados a la recolección de datos se utilizarán de la manera más eficiente posible. Por ejemplo, podría programarse una gran encuesta de hogares representativa sobre la salud reproductiva y sexual. Tales encuestas son caras y por lo general no se realizan a menudo, pero representan una oportunidad de obtener datos sobre una variedad de aspectos que podrían ser importantes para el monitoreo del avance del programa nacional. Estas encuestas podrían ampliarse, por ejemplo, e incluir preguntas sobre el uso de los servicios de atención prenatal que a su vez servirían para analizar los datos de prevalencia del VIH. También podrían incluir preguntas sobre los huérfanos que viven en el hogar para analizarlos en relación con la atención de ese grupo de niños. Entre las encuestas de hogar más conocidas internacionalmente se encuentran las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), que en muchos países en desarrollo se llevan a cabo cada cinco años, más o menos. Por otra parte, los censos de población, que se realizan generalmente cada 10 años, pueden incluir preguntas que podrían servir para el monitoreo de algunos aspectos del programa, especialmente en cuanto al impacto demográfico y doméstico.

La inclusión de un módulo de SIDA en una Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) puede ser suficiente para obtener datos sobre varios indicadores clave para el ámbito nacional y otras divisiones político-administrativas. Por lo tanto, si es posible, se debe tomar en cuenta la última y la próxima fecha de estas encuestas al elaborar el plan de recolección de datos.

Asimismo, habrá que acordarse de incluir en los planes de recolección de datos aquella información que ya hayan obtenido organizaciones que no trabajan directamente en el VIH y que pueden servir para el monitoreo de tendencias o comportamientos relacionados con la infección. Los datos generados por el programa de tuberculosis, por ejemplo, pueden servir para mostrar tendencias de la infección por VIH, especialmente entre la población masculina para la cual los datos de vigilancia centinela del VIH son escasos. A su vez, los programas de salud reproductiva podrían tener datos sobre la utilización de los servicios o acerca de comportamientos sexuales; esta información podría eliminar la necesidad de obtener datos por medio de encuestas de la población general o de instituciones de salud. El plan de recolección de datos deberá estipular los métodos a utilizar en la obtención de datos de otras fuentes y su notificación y análisis en relación con el sistema de monitoreo y evaluación del VIH.

El plan de recolección de datos deberá establecer el marco de la muestra y la frecuencia con que se obtendrá la información. También estipulará las responsabilidades que corresponden a cada quien, el costo y a quién corresponde financiarlo. Dado que son pocos los países que cuentan con los recursos financieros o humanos para obtener toda la información que se quisiera para el monitoreo de los programas, al detallarse las responsabilidades y el presupuesto a menudo se llegará a una reevaluación de las prioridades.

Un sistema nacional de monitoreo y evaluación debería actuar de centro de generación y diseminación de información. La creación de un mecanismo formal para seleccionar los mecanismos de recolec-

ción de información podría garantizar que los datos obtenidos satisfagan de la mejor manera las necesidades de monitoreo y evaluación del país. Por lo general, cada elemento burocrático adicional conlleva un retraso potencial e innecesario. La función de "centro de diseminación de información" no debería verse como un proceso de aprobación, sino como mecanismo de registro y revisión rápida que garantice que el programa nacional conozca todas las actividades de recolección de datos que podrían contribuir a satisfacer las necesidades nacionales. También permite al programa cerciorarse de que los indicadores propuestos cumplen con las normas nacionales elegidas por el programa, de modo que se pueda comparar entre diversos grupos de población a lo largo del tiempo. Esto último adquiere mayor importancia en aquellos países donde la responsabilidad de obtener los datos se ha asignado al nivel provincial o local.

Una base de datos centralizada o biblioteca con toda la recolección de datos relacionada con el VIH, el SIDA y las ITS contribuye a la eficiencia del monitoreo y la evaluación. Así, se registra lo que ya se haya hecho y se le da seguimiento para evitar la duplicación. Los datos biológicos y del comportamiento generados por la vigilancia de segunda generación, los estudios de base, la investigación académica y los informes de evaluación de los proyectos deben archivarse de manera centralizada y estar disponibles universalmente. (El seguimiento y acceso de los informes de evaluación son lo más complicado, dado que muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales e instituciones donantes prefieren no compartir estos documentos, especialmente cuando los resultados del proyecto en cuestión no han sido espectaculares.) La base de datos debería contener información tanto sobre actividades de recolección en curso como las ya finalizadas para evitar la duplicación de los estudios cuando los resultados no hayan sido publicados aún. También es extremadamente útil contar con un registro de protocolos de investigación y cuestionarios de modo que se puedan repetir, y mantener información uniforme entre diversos grupos de población y a lo largo del tiempo.

Lamentablemente, y en parte debido a que el monitoreo y evaluación de las intervenciones relacionadas con el VIH, el SIDA y las ITS ha sido tan parcial hasta ahora, todos los donantes tienen sus propios requisitos institucionales. La mayoría de los gerentes de programas saben de más lo repetitivo e interminable de preparar formularios para informar, marcos lógicos y evaluaciones finales y de progreso. Cada uno de estos documentos pueden requerir indicadores levemente distintos, pero para los cuales es necesario obtener nuevos datos cada vez. Aún cuando los donantes proporcionan el financiamiento para recolectar la información, el costo en tiempo y recursos humanos puede ser considerable para cumplir con todas estas obligaciones. Por otra parte, cuando los recursos son escasos, al programa nacional se le hace difícil negarse a hacer las "piruetas" que le exigen los diversos patrocinadores de la respuesta nacional. Un sistema nacional de monitoreo y evaluación debe considerar las necesidades de los países y las exigencias de los donantes de modo que se pueda reducir al mínimo la duplicación y el desperdicio de esfuerzos en este campo. Los donantes cada vez toman más conciencia de la necesidad de adaptar sus necesidades de recibir informes a los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación, cuando estos últimos han sido bien diseñados y se coordinan adecuadamente. Los indicadores sugeridos en esta guía han recibido el beneplácito de varias instituciones internacionales de apoyo a los programas de VIH.

Muchos países se han embarcado en la descentralización de sus sistemas de salud, con lo cual la toma de decisiones, planificación y distribución de recursos son responsabilidad de las provincias o sistemas locales. En parte, esta acción surge de la creencia que las decisiones tomadas en el ámbito local estarán más de acuerdo con las necesidades de los beneficiarios que cuando las decisiones se tomaban desde el nivel central. En el mejor de los casos, el monitoreo de la prevalencia del VIH y la evaluación de la respuesta en el ámbito local sin duda proporcionan información pertinente al nivel local. Esta información tiene mayores posibilidades de obtener una respuesta en un sistema descentralizado que la

información más generalizada y agregada para todo el país. Aun cuando el monitoreo y la evaluación funcionen bien en el ámbito local, existe la necesidad de una coordinación central del sistema de monitoreo y evaluación. Los indicadores deben ser lo más compatible posible y debe garantizarse el intercambio de información entre provincias y municipios. Además, debe compilarse un número mínimo de indicadores nacionales con fines de obtener apoyo del gobierno central y de contribuir a la información que requieren las instituciones internacionales que colaboran con la respuesta nacional. En consecuencia, el plan nacional de monitoreo y evaluación debe incluir normas para el ámbito provincial o local sobre indicadores y recolección, análisis y diseminación de datos.

Respuesta multisectorial al VIH

En varios países se ha tratado de ampliar la respuesta a la epidemia de VIH y SIDA para que incluya, además del sector salud, otros sectores y lograr así un "enfoque multisectorial". La planificación de programas de prevención del VIH y atención del SIDA, y en algunos países la ejecución de dichos programas, se ha ampliado de tal manera que abarca todos los sectores sociales y económicos. Hasta la fecha, esta acción se ha dado más de palabra que de hecho. No obstante, si una proporción significativa de programas relacionados con el VIH dejan de ser exclusivamente de salud y abarcan otros sectores, surgirían nuevas oportunidades de conseguir más datos y lograr una base de influencia política más amplia. Por ejemplo, los datos de un ministerio de educación podrían dar información sobre la escolaridad de los huérfanos. Por otro lado, la participación de múltiples sectores también complicará el monitoreo y la evaluación, ya que mientras más se diluye la respuesta, más importante es contar con un sistema de monitoreo y evaluación coordinado centralmente y al cual cada sector pueda contribuir su información.

Relación de indicadores de diversos puntos de medición

Un plan de recolección y análisis de datos también debe poder relacionar los indicadores correspondientes a diferentes puntos de medición. La evaluación de los productos del programa debe poderse relacionar con los insumos del mismo. Los resultados del programa, como el aumento notificado del uso de condones, debe poderse analizar en relación con los productos del programa, por ejemplo, el número de condones vendidos. Las tendencias de la prevalencia del VIH deben poder interpretarse en relación con los cambios de los comportamientos sexuales. Este último es un principio clave de la "Vigilancia de Segunda Generación".

Este esfuerzo mundial tiene por objeto fortalecer o revitalizar los sistemas existentes de vigilancia del VIH y mejorar la relación entre los datos del comportamiento y los de vigilancia biomédica de la infección. El recuadro 4 describe las principales características de la vigilancia de segunda generación.

2.5 Plan para la utilización de los datos

No cumple ningún objeto recopilar datos que no se pueda o no se piensa usar. El objetivo de la recolección de datos es guiar el diseño de un sistema de monitoreo y evaluación coherente, especialmente en cuanto a la selección de los mejores indicadores para el país. Un buen plan para el uso y diseminación de la información definirá quiénes son los usuarios de cada indicador y cómo se les presentará la información. Podría también incluir un plan para establecer una base de datos que puedan compartir diversos elementos del programa, investigadores, instituciones donantes y otros. Asimismo, se puede incluir un bosquejo de la información que se distribuirá regularmente al público. Por lo general, la información generada por el sistema de monitoreo y evaluación se usa de tres formas: promoción de la acción; planificación, análisis y reprogramación, y determinar si los cambios que presenta la epidemia se pueden atribuir a las intervenciones.

Promoción de la acción

Es indispensable contar con información sobre la magnitud de la infección por VIH y los comporta-

mientos de riesgo que contribuyen a su diseminación para generar una voluntad de acción. La información sobre las repercusiones sociales y económicas de la epidemia también es muy útil en este sentido. Al planificar los sistemas de monitoreo y evaluación, los funcionarios de salud pública deberán tener en cuenta cuáles son las personas o grupos de personas que pueden tomar acciones que puedan cambiar el curso de la epidemia. Los funcionarios de salud pública deberán generar información que sirva para convencer a esos individuos o grupos de personas de que tomen acción; asimismo, la información deberá presentarse de modo que satisfagan las necesidades de la audiencia.

Planificación, análisis y reprogramación

Tanto los sistemas de monitoreo como los estudios de evaluación producen información que debería usarse para mejorar los programas actuales y diseñar mejores intervenciones para el futuro. La información del monitoreo puede aplicarse inmediatamente para corregir las debilidades de los programas y mejorar su desempeño. Tal mecanismo puede dar información para determinar si la intervención se está desarrollando según se había previsto desde el punto de vista programático y presupuestario, o si se está capacitando un número adecuado de personal de enfermería y generando el aumento propuesto en el número de locales de venta de condones. Los resultados de la evaluación pueden usarse para proporcionar información que se pueda aplicar al diseño de programas en el futuro, duplicar una intervención en otras zonas o descartarla directamente dado que es cara y no está logrando ningún objetivo.

La información que producen los sistemas de vigilancia de segunda generación sobre la prevalencia del VIH y las ITS y acerca de los comportamientos de riesgo debería generar una reacción rápida de los programas para tomar acciones con respecto a nuevos grupos de población en riesgo y comportamientos que haya que cambiar por medio de intervenciones.

Cambios atribuibles a las intervenciones y generación de recursos

Se dice que nada triunfa como el éxito. Por lo tanto, si no se mide o registra el éxito relacionado con la prevención o atención del VIH, se desperdicia la oportunidad de generar aún mayores triunfos. Los estudios de evaluación que muestran el éxito de intervenciones específicas o de acciones nacionales de prevención son indispensables para mantener la prioridad del VIH en la agenda. También sirven para generar aumento de la financiación disponible para actividades preventivas y de disminución del impacto y pueden incrementar los recursos disponibles para el monitoreo y la evaluación.

Sin embargo, nunca se debe exagerar el éxito, ya que éste es resultado de una buena estrategia y no corresponde a una victoria. La sensación de que se ha ganado la guerra a menudo conlleva una disminución del interés y de los recursos. En muchos países se realizan, como parte del ciclo regular de programación, evaluaciones muy completas. A medida que los países planifican sus programas de SIDA de manera más estratégica y menos normativa, las evaluaciones y análisis de situación que preceden a la programación abarcan cada vez más. La planificación también incluye un grupo más diverso de personas con representantes de todos los sectores gubernamentales y otros interesados en la respuesta a la epidemia. Los ejercicios de planificación estratégica presentan una oportunidad excelente de analizar el propio plan de monitoreo y evaluación con el objeto de garantizar que los indicadores continúan siendo pertinentes y cubren todos los aspectos prioritarios de la respuesta a la epidemia. Donde no existan, también se pueden establecer mecanismos para compartir los datos.

Recuadro 4
Sistemas de vigilancia segunda generación: novedades

Los sistemas de vigilancia de segunda generación incluyen tanto el comportamiento como la infección por VIH

Los sistemas de vigilancia tradicionales se concentraban en la infección por VIH u otros marcadores biológicos de riesgo de infección, como las infecciones de transmisión sexual. Dado que el contagio del virus entre los adultos está siempre precedido de algún comportamiento de riesgo (relación sexual sin protección con una pareja infectada o inyección con aguja contaminada), se sabe que al cambiar tales comportamientos cambia la diseminación del virus. Los sistemas de vigilancia de segunda generación también hacen el seguimiento de los comportamientos de riesgo con el fin de señalar o dar una explicación cuando se presentan cambios en la magnitud de la infección. En consecuencia, la vigilancia de segunda generación utiliza datos de la vigilancia del comportamiento para interpretar la información que se obtiene por medio de la vigilancia serológica.

La vigilancia de segunda generación se adapta al tipo de epidemia

A medida que la epidemia se va haciendo más diversa, se observa que no hay un sistema de vigilancia único. Una vigilancia eficiente de una epidemia de carácter predominantemente heterosexual en un país donde un sexto de los adultos se encuentra infectado es fundamentalmente diferente de la vigilancia que se haría en un país donde la infección por VIH está aumentando rápidamente entre los usuarios de drogas inyectables, pero no aún entre la población general. Los sistemas de vigilancia pueden dividirse en tres tipos, directamente relacionados con el estadio de la epidemia:

- En las *epidemias generalizadas* más del 1% de la población general se encuentra infectada por el VIH. En estas, el sistema de vigilancia se concentra en el monitoreo de la infección por VIH y los comportamientos de riesgo en la población general.
- En las *epidemias concentradas*, en los casos en que el 5% o más de algún grupo de población de más alto riesgo se encuentra infectado por el VIH (por ejemplo, usuarios de drogas inyectables, trabajadores sexuales u hombres que tienen sexo con hombres), la vigilancia se lleva a cabo entre esos grupos. Se presta atención especial a los comportamientos que sirven de conexión entre esos grupos con comportamientos de riesgo y la población general. Por ejemplo, podría preguntarse si los trabajadores sexuales de sexo masculino tienen parejas estables femeninas, o si los usuarios de drogas financian su hábito como trabajadores sexuales. En esos casos, los sistemas de vigilancia también llevan el monitoreo de los comportamientos de riesgo potenciales de la población general que podrían promover la transmisión del virus si este llegara a tal población.
- En las *epidemias de bajo nivel*, en las que la medida de la infección por VIH muestra un nivel relativamente bajo en todos los grupos, los sistemas de vigilancia se enfocan en gran parte a los comportamientos de alto riesgo, en busca de cambios de conducta que podrían promover una explosión epidémica. Tales cambios se han visto recientemente en varios países de Europa oriental, donde al aumento del uso de drogas inyectables siguió rápidamente un gran aumento de la infección por VIH.

Los sistemas de segunda generación utilizan los datos al máximo para explicar la epidemia

Un sistema de vigilancia típico de una clínica de atención prenatal podría ser capaz de mostrar que la prevalencia del VIH entre mujeres de 15 a 49 años de edad clientes de la clínica subió rápidamente de 0 a 12% en un plazo de ocho años, para luego estabilizarse. En la fase ascendente, las tendencias señalaban la aparición de nuevas infecciones (aumento de la incidencia de la infección) que probablemente afectaban a todos los grupos de edad. No obstante, una vez que la curva se estabiliza, esos número pierden su potencial explicativo. La prevalencia puede mantenerse estable por diversas razones, por ejemplo, que el número de mujeres que está falleciendo es igual al de nuevas infecciones. Otra razón puede ser que muchas mujeres infectadas ya no están quedando embarazadas y por lo tanto no son parte del grupo que se hace la prueba en los sitios centinela.

Recuadro 4 (cont.)

Es posible reducir algunos problemas de interpretación si se concentra el análisis en los datos de las mujeres más jóvenes, que tienen menos sesgos en relación con la mortalidad o con la disminución de la fecundidad, y cuya infección probablemente sea un reflejo de las tendencias más recientes de la epidemia. El análisis de los datos de los servicios de atención prenatal conjuntamente con los de otras fuentes, como los de encuestas de la población general o del comportamiento también sirve para potenciar los resultados obtenidos de los sistemas de vigilancia serológica. Ya hace varios años se reconoció la necesidad de que la vigilancia en los servicios de atención prenatal debería concentrarse en las mujeres jóvenes; es así que cuando la OMS/PMS elaboró los indicadores de prevención, dos de ellos, prevalencia de sífilis y de VIH, estaban dirigidos a la población de mujeres de 15 a 24 años de edad.

Los sistemas de segunda generación aprovechan los recursos al máximo
Dado que los sistemas de vigilancia de segunda generación se concentran en los aspectos que pueden dar más información y se adaptan a la capacidad nacional, garantizan que los recursos financieros y la experticia se usen de la forma más eficiente posible. Por ejemplo, los sitios centinela se seleccionan cuidadosamente para obtener información fidedigna de un número mínimo de sitios; al mismo tiempo, las muestras para recolectar datos sobre el comportamiento toman en cuenta los sitios centinela de modo que sirvan para hacer inferencias correctas cuando se comparan los datos del comportamiento con los de serología.

Con los sistemas de vigilancia fortalecidos también se trata de garantizar el uso de los datos obtenidos, lo cual sorprendentemente no se ha visto en el pasado. Por ejemplo, los datos de sífilis de los servicios de atención prenatal rara vez se han analizado en relación con la vigilancia. Asimismo, a pesar de la asociación entre el VIH y la tuberculosis, los datos de tuberculosis rara vez se incluyen en los informes de vigilancia del VIH. Si se desea más información, véase www.unaids.org.

3 Indicadores

Se ha utilizado una variedad de indicadores con el fin de medir el resultado de las intervenciones relacionadas con el VIH y el SIDA. La acción más importante emprendida para estandarizar indicadores correspondió al Programa Mundial del SIDA (PNS) de la OMS que en 1994 publicó un paquete de métodos para evaluar programas de prevención del SIDA. El paquete incluía 10 indicadores de prevención conocidos como IP1 a IP10 y 5 métodos diferentes para obtener la información. En muchos países se han usado estos indicadores de prevención en un momento u otro, a menudo después de haberlos adaptado a la realidad local. No obstante rara vez se han medido de manera repetida a lo largo del tiempo, a pesar de que se diseñaron principalmente con el objeto de tener información sobre las tendencias temporales.

Una de las razones que ha impedido la aplicación amplia y repetida de los indicadores de prevención es que en algunos países existe la sensación de que los indicadores no dan la información que más necesitan sus programas para la caracterización y planificación de la epidemia, especialmente cuando esta está en evolución. Es más, una encuesta nacional de los 10 indicadores de prevención constituye un ejercicio caro y, ante la falta de recursos externos para llevarlo a cabo, los países han reemplazado los indicadores de prevención con otras medidas de manera ad hoc. En otros países los planes de monitoreo y evaluación no incluyen indicadores de prevención.

En varios países se ha incluido un módulo de SIDA en las encuestas de demografía y salud (EDS). Sin embargo, las encuestas han sido levemente distintas de los estudios con base en la población diseñados para obtener datos destinados a construir los indicadores de prevención, de modo que estos a veces no pueden calcularse con la información de las encuestas de demografía y hogar. A pesar de que los elementos que se miden son prácticamente los mismos, por ejemplo, el comportamiento sexual de alto riesgo o el acceso a los servicios de atención de las ITS, se ha utilizado o propuesto un sinnúmero de métodos de recolección de datos, denominadores, períodos de referencia y otros. En consecuencia, han surgido dificultades en la comparación de las tendencias a lo largo del tiempo y la comparación de los indicadores básicos entre países es prácticamente imposible.

Uno de los principales propósitos de esta guía es reafirmar la importancia de elegir indicadores estandarizados y de aplicarlos repetidamente en el tiempo. A medida que se analiza la experiencia nacional en cuanto a monitoreo y evaluación, se han identificado las fortalezas y debilidades de las medidas existentes y señalado los temas que requieren de nuevos indicadores. Los indicadores que se recomiendan aquí han surgido de ese análisis. Ya existen los protocolos para medir los indicadores que forman la parte central de esta guía y la mayoría ya han pasado por validaciones en el terreno.

Esta sección se ha organizado según las grandes áreas de intervenciones programáticas. En cada sección se resume lo que los programas de prevención del VIH y las ITS y de atención del SIDA esperan lograr en un determinado aspecto, en otras palabras, qué se espera medir. Hay preguntas clave dirigidas a enfocarse en aspectos fundamentales de la programación, seguidas de un análisis de las dificultades relacionadas con su medición y los indicadores recomendados. Cada indicador se describe en relación con las metas del programa. Se resumen los datos indispensables y se hace referencia a los cuestionarios o protocolos que constituyen el paquete de instrumentos que se usa para obtener los datos necesarios para construir el indicador.

Los instrumentos pueden obtenerse del Web (www.cpc.unc.edu/measure o www.unaids.org) o en CD-ROM.

La selección de indicadores varía según las metas del programa, que, a su vez, dependen del estadio en que se encuentra la epidemia. En el pasado, se recomendaba un conjunto único de indicadores

"fundamentales" para todas las epidemias. No obstante, ha aumentado la diversidad de estas, por lo cual ahora se considera apropiado sugerir dos conjuntos de indicadores "fundamentales", uno para las epidemias de bajo nivel y las concentradas y otro para las generalizadas. Los países podrán utilizar otros indicadores complementarios que pueden seleccionarse de la lista siguiente. Los indicadores fundamentales presentan bastante superposición en la medición de las diversas fases de la epidemia. En el recuadro 5 figura un resumen de los indicadores.

Recuadro 5. Resumen de los indicadores según elemento del programa, instrumentos de medida y prioridad según el estadio de la epidemia

(F = fundamental; A = adicional)

Indicador por elemento del programa	Instrumentos de medición	**Prioridad** (Epidemia generalizada)	**Prioridad** (Epidemia concentrada o de bajo nivel)
Política			
1 Índice de esfuerzo del programa de SIDA (IEP)	Cuestionario de IEP y protocolos	F	F
2 Gastos en prevención del VIH	En preparación		
Disponibilidad y calidad de los condones			
1 Condones disponibles en todo el país	Protocolo de OMS sobre condones (IP12)	F	F
2 Condones disponibles en el comercio al por menor	*MEASURE evaluation*/OMS/PSI – Protocolo compilado de disponibilidad y calidad de los condones (indicadores 2 y 3)	F	A
3 Calidad de los condones		F	F
Estigma y discriminación			
1 Actitudes relacionadas con la aceptación de las personas con infección por VIH	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	F
2 Los empleadores no discriminan	Protocolo sobre discriminación de ONUSIDA	F	F
Conocimientos			
1 Conocimientos sobre la prevención del VIH	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	F
2 No hay creencias erróneas sobre el VIH	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	F
3 Conocimientos de la prevención del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (HSH)		F
4 Conocimientos de la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (UDI)		F
5 Conocimientos sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	
Consejería y pruebas voluntarias			
1 Las personas que pidieron hacerse la prueba y obtuvieron los resultados	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	A
2 Distritos con servicios de consejería y pruebas voluntarias	Caracterización local – no hay instrumento específico	F	
3 Calidad de la consejería y servicios de referencia	Protocolo de ONUSIDA para servicios de consejería y prueba voluntaria	F	A
4 Centros de consejería y pruebas voluntarias con condiciones mínimas	Protocolo de ONUSIDA para servicios de consejería y prueba voluntaria	F	A
5 Calidad de laboratorios de apoyo a la consejería y pruebas voluntarias	Protocolo de examen de la OMS, protocolo de seguridad de la sangre	A	A

Recuadro 5 (cont.)

Indicador por elemento del programa	Instrumentos de medición	**Prioridad** (Epidemia generalizada)	**Prioridad** (Epidemia concentrada o de bajo nivel)
Transmisión maternoinfantil			
1 Las mujeres embarazadas reciben consejería y pruebas de detección	Encuestas (ONUSIDA)	F	
2 Las clínicas de atención prenatal ofrecen servicios de referencia y atención prenatal	Protocolo de ONUSIDA para transmisión maternoinfantil; protocolo de consejería y pruebas voluntarias	F	
3 Calidad de los servicios de consejería de las mujeres embarazadas	Protocolo de ONUSIDA para transmisión maternoinfantil; protocolo de consejería y pruebas voluntarias	A	
4 Provisión de tratamiento antirretroviral	Protocolo de ONUSIDA para transmisión maternoinfantil	A	
Negociación sexual y actitudes			
1 Capacidad de las mujeres de negociar para tener relaciones sexuales sin riesgo	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	
Comportamiento sexual			
1 Relaciones sexuales de riesgo en el último año	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	F
2 Uso de condón en la última relación sexual de riesgo	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	F	F
3 Relaciones sexuales comerciales en el último año	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	F
4 Uso de condones por el cliente en la última relación sexual	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	F
5 Uso de condones por las trabajadoras sexuales con su último cliente	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (TS)*	A	A
6 Relaciones homosexuales de riesgo entre hombres en el último año	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (HSH)*		F
7 Uso de condón en la última relación sexual anal entre hombres	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (HSH)*		F
Comportamiento sexual de los jóvenes			
1 Mediana de la edad de la primera relación sexual	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	F	
2 Jóvenes que tienen relaciones sexuales prematrimoniales	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuestas de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	F	A
3 Uso de condón en la última relación sexual prematrimonial	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	F	A
4 Jóvenes con múltiples parejas	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	F	A
5 Uso de condón en la última relación sexual de riesgo	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	F	A
6 Uso de condón en la primera relación sexual	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	A	A
7 Relaciones sexuales con parejas de distintas edades	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI Encuesta de vigilancia del comportamiento- jóvenes*)	A	

(F = fundamental; A = adicional)

Recuadro 5 (cont.)

Indicador por elemento del programa	Instrumentos de medición	**Prioridad** (Epidemia generalizada)	**Prioridad** (Epidemia concentrada o de bajo nivel)
Uso de drogas inyectables			
1 Usuarios de drogas inyectables que comparten equipo de inyección	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (UDI)*		F
2 Usuarios de drogas inyectables que nunca comparten equipo	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (UDI)*		F
3 Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en la última relación sexual	Encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (UDI)*		A
Seguridad de la sangre/ transmisión nosocomial			
1 Tamizaje de unidades de sangre de transfusión	Protocolo de sangre segura de *MEASURE*	F	F
2 Reducción del número de transfusiones sanguíneas	Protocolo de sangre segura de *MEASURE*	A	A
3 Distritos/regiones con bancos de sangre	Protocolo de sangre segura de *MEASURE*	F	F
4 Transmisión accidental en instituciones de atención de la salud	Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*	A	
Prevención y atención de las ITS			
1 Diagnóstico y tratamiento adecuado de las ITS	Encuestas de los servicios de ITS de OMS/ONUSIDA	F	F
2 Consejos sobre la prevención del VIH y pruebas de detección	Encuestas de los servicios de ITS de OMS/ONUSIDA	F	F
3 Suministro de medicamentos en los servicios de ITS	Encuestas de los servicios de ITS de OMS/ONUSIDA, CPS	F	A
4 Demanda de atención de las ITS	Encuestas (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	F
Atención y apoyo			
1 Personal médico con capacitación sobre SIDA	CPS de *MEASURE*, estadísticas de adiestramiento	A	A
2 Instituciones de salud con capacidad de dar atención	Protocolo de OMS para atención y apoyo	F	
3 Instituciones de salud con suministro de medicamentos	Protocolo de OMS para atención y apoyo, CPS	A	
4 Hogares que reciben apoyo para atender a los adultos jóvenes	Encuestas (ONUSIDA)	F	
5 Hogares que reciben apoyo para atender a los huérfanos	Encuestas (ONUSIDA)	A	
Impacto sanitario y social			
1 Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas	Protocolos de vigilancia de OMS/ONUSIDA	F	F
2 Prevalencia de sífilis entre las mujeres embarazadas	Protocolos de vigilancia de OMS/ONUSIDA	F	F
3 Prevalencia del VIH en grupos de población de riesgo	Manual de muestreo de FHI	A	F
4 Prevalencia de orfandad	Encuestas (ONUSIDA, EDS)	F	
5 Escolaridad de los huérfanos	Encuestas (ONUSIDA, EDS)	A	

* *Parte de las Encuestas de vigilancia del comportamiento: Normas para llevar a cabo encuestas repetidas entre grupos de población en riesgo de contraer el VIH.*

EDS Encuestas demográficas y salud
FHI Family Health International
HSH Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
UDI Usuarios de drogas inyectables
TS Trabajadores sexuales

3.1 Políticas y compromiso político

Tanto el VIH como el SIDA siempre han sido temas delicados desde el punto de vista político. El VIH se transmite por comportamientos que, en un principio, se veían relacionados con grupos marginados de la sociedad. Aún cuando ya se vio claramente que la infección se transmitía predominantemente por contacto heterosexual en la mayoría de los países más afectados por el VIH, los políticos todavía dudaron en tomar medidas. A pesar de que las relaciones sexuales con parejas que no ejercen la monogamia es un hecho corriente, públicamente se las desaprueba. Muchos gobiernos, ante el temor de perder el apoyo de sectores religiosos o conservadores, no querían reconocer francamente los problemas del VIH ni comprometer recursos para responder a ellos.

Sin embargo, la experiencia acumulada por décadas en relación con otros temas muy politizados, como planificación familiar, ha mostrado que el apoyo político decidido es indispensable para el éxito de este tipo de programa.

Metas del programa

En muchos países, no es necesario convencer al personal del programa de SIDA e incluso del ministerio de salud de la importancia de llevar acabo acciones para prevenir el VIH y dar atención tanto a las personas infectadas como a las afectadas. No obstante, ese compromiso a menudo no se extiende a otros sectores gubernamentales, por lo cual los gerentes de los programas de SIDA frecuentemente se dedican a generar tal compromiso. Esto se puede hacer mediante ejercicios de planificación conjuntos, recolección y presentación de datos sobre el virus y los factores que contribuyen a su diseminación ante los jefes de estado o su gabinete; también pueden organizarse sesiones educativas para legisladores, dirigentes religiosos, personas de negocios y otras que podrían usar sus influencias en los niveles jerárquicos más altos del gobierno. En este aspecto, los gerentes de los programas nacionales cuentan con la colaboración de instituciones externas, que consideran que el apoyo político es fundamental para que los programas de SIDA salgan adelante con éxito.

Una de las metas de las instituciones externas y los gerentes de programa es convencer a las personas en los cargos de decisión más altos de la necesidad de reconocer y entender la naturaleza y magnitud del problema y, cuando se justifique, de incluir con firmeza el tema en la agenda política nacional. Para ello se deben comprometer los recursos financieros y de otro tipo para responder a la epidemia y pasar de la retórica a la práctica en relación con el trabajo multisectorial. También habrá que romper el silencio en torno a la epidemia y estimular la atención de la ciudadanía para que contribuya en su medida al control de la epidemia y su impacto.

El aumento de apoyo político para lidiar con el VIH definitivamente genera una respuesta nacional mas fuerte y recursos para hacer frente de diversas maneras a la epidemia y su atención. A su vez, esta respuesta nacional fortalecida tendrá más actividades que habrá que monitorear y evaluar. El registro de los cambios en el compromiso político puede servir para verificar otras actividades de monitoreo y evaluación, ya que si tal compromiso es leve y no tiene miras de mejorar, es ser demasiado optimista el esperar un impacto masivo del resto de la respuesta nacional a la epidemia.

Preguntas clave

- Los dirigentes políticos, ¿han manifestado públicamente la importancia de la prevención del VIH y el SIDA?
- ¿Se refleja en el presupuesto asignado la manifestación verbal de compromiso de parte de los dirigentes políticos?
- Los compromisos verbales y presupuestales en relación con el VIH y el SIDA, ¿se ven reflejados en programas eficaces?

Dificultades de la medición

Lo más difícil de medir del compromiso político es encontrar una forma objetiva de valorarlo. En la

mayoría de las medidas se incluye algún elemento subjetivo, por lo cual se reduce su uso en cuanto a las comparaciones entre países y, más aún, se compromete el análisis de las tendencias temporales.

Muchas medidas de compromiso político son de carácter dicotómico, es decir, del tipo que requiere respuestas como sí o no, por ejemplo: ¿existe una política escrita sobre un tema en particular? ¿Se hace la planificación de manera conjunta? Este tipo de pregunta puede servir para detectar vacíos que requieran de actividades de cabildeo o elaboración de políticas, pero no son útiles para observar los cambios del "clima político" a lo largo del tiempo. Asimismo, es difícil discernir de los indicadores "si/no" cual es la calidad de las políticas. Si bien es posible que haya un plan estratégico nacional y que este se haya generado por medio de una consulta amplia con grupos interesados, su contribución a la respuesta nacional depende del grado con que se ponga en práctica y no solo de su existencia. Sin duda lo último es mucho más difícil de medir y no puede deducirse de una simple respuesta afirmativa o negativa. No obstante, podría reflejarse en las cuentas nacionales: en un plan estratégico, los componentes programáticos respaldados por una línea en el presupuesto del ministerio tienen mucho más posibilidades de ser ejecutado que los que no tienen financiamiento.

En el campo de la planificación familiar y la salud reproductiva se han elaborado indicadores compuestos que reflejan el grado de apoyo político con que cuentan los servicios de salud. Estos indicadores se obtienen con base en la opinión de un grupo predefinido de "expertos" seleccionados como representantes de una variedad de instituciones y grupos profesionales sobre diversos aspectos del entorno y el apoyo político. Se está tratando de elaborar un indicador parecido para los programas de SIDA (Índice de esfuerzo del programa o IEP), que se trata con mayor detalle en la sección sobre el Indicador de política 1.

Si por lógica se deduce que los gobiernos asignan dinero a los asuntos de verdadero interés, las asignaciones presupuestales sirven de indicador de los cambios en los compromisos políticos a lo largo del tiempo. No obstante, este tipo de indicador basados en el financiamiento a veces no sirve para hacer comparaciones entre países, dado que los recursos de los programas de SIDA provienen de diversas fuentes gubernamentales y de otra índole.

Un elemento sencillo, como la proporción del presupuesto regular destinado a salud que se dedica al SIDA, puede no dar cuenta del hecho de que el gobierno sabe que puede conseguir más fondos de donantes para financiar actividades de SIDA que para otros temas de salud, y distribuye su presupuesto en consecuencia. Esta dinámica también puede afectar otro indicador potencial de compromiso político: la proporción de todos los gastos destinados a SIDA que se financian con recursos nacionales.

Si bien un alza significativa de los recursos financieros asignados al VIH casi con toda certeza reflejan un aumento del compromiso político, la situación contraria no es necesariamente cierta, ya que el aumento del compromiso político podría también reflejarse en una búsqueda activa de fondos externos para financiar las actividades relacionadas con el VIH. Por lo demás, el aumento de los recursos propios del programa de SIDA o los externos no se refleja automáticamente en una respuesta mejor a la epidemia; también es importante la forma en que se utiliza el dinero.

Justamente debido a que el tema del VIH y el SIDA es políticamente delicado y a la debilidad relativa de muchos programa de VIH y SIDA dentro de la estructura gubernamental, puede resultar más difícil calcular indicadores de política que otros, como los de atención de las ITS o comportamiento sexual. En cuanto a monitoreo y evaluación, probablemente este sea un asunto que requiera aportes externos, aunque sin duda tal evaluación debe hacerse conjuntamente con el programa nacional.

Indicador de Política No. 1
Índice de Esfuerzo del Programa de SIDA (IEP)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Es el promedio de puntos otorgado a un programa nacional por un grupo definido de expertos que responde sobre los avances en relación con 90 aspectos distintos de la programación, agrupados en 10 componentes principales

Instrumentos de medición

Cuestionario y protocolo del Índice de Esfuerzo del Programa de SIDA (IEP)

¿Qué mide?

El IEP es un índice compuesto cuyo objeto es medir el compromiso político y el esfuerzo del programa en cuanto a la prevención y atención del VIH. Trata de captar muchos de los insumos y productos del programa nacional de VIH/SIDA. Está compuesto de los 10 elementos principales que hacen una respuesta eficaz, a saber: apoyo político, formulación de políticas, estructura de la organización, recursos del programa, evaluación e investigación, aspectos legales y reguladores, derechos humanos, programas de prevención, programas de atención y disponibilidad de servicios.

¿Cómo se mide?

Se usa un grupo de informantes clave de diversas instituciones que dan su opinión con respecto a ciertas áreas centrales al compromiso y la programación; así se compila un índice de acuerdo a los puntos que reciben diversos aspectos. Los puntos, que se calculan como porcentaje (0 indica un programa sin esfuerzo y 100, el máximo) y pueden clasificarse en categorías para reducir al mínimo la variación atribuible a los informantes. Se sugieren categorías como muy débil y débil, mediano y fuerte o muy fuerte, según el recorrido correspondiente a la calificación numérica.

Ventajas y desventajas

La preocupación principal que surge en torno a este indicador es en relación con su subjetividad y confianza. El resultado depende totalmente de la selección de informantes, los cuales probablemente cambien de año a año. Dado que el indicador aún está en su etapa de desarrollo, la selección de informantes clave aún no se ha estandarizado.

También se ha cuestionado la utilidad de tener un único índice compuesto que puede enmascarar las ganancias en unas áreas con el deterioro de otros. Para el diagnóstico y el monitoreo tal vez sea más útil publicar los índices separados por categorías. Los puntos asignados a cada categoría pueden servir de indicadores por sí mismos. Por otra parte, en este documento se proponen otras opciones para medir varias áreas del esfuerzo del programa con base en parámetros mensurables más que en la opinión de expertos, por lo cual pueden servir mejor para el monitoreo de tendencias a lo largo del tiempo.

Un aspecto que puede beneficiarse del cálculo del IEP es el de formulación de políticas (Véase la sección 20 del protocolo de IEP).

Indicador de política No. 2 Gastos en Programas de Prevención del VIH

Cuando se imprimió este documento, este indicador aún estaba en su etapa de desarrollo. SIDALAC (Iniciativa regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe), elaboró un protocolo que se ha usado con éxito en varios países latinoamericanos, incluidos Brasil, Guatemala, México y Uruguay. A principios de 2000, el indicador aún no se había probado en el terreno en otros continentes. Las estructuras de contabilidad en América Latina están bastante bien establecidas y el acceso a la información sobre asignaciones presupuestales es relativamente fácil. Esta situación podría ser distinta en otras regiones. Se piensa que los métodos generados deben probarse en una variedad más amplia de situaciones antes de recomendar este indicador, ya sea como uno de los fundamentales o complementario.

Definición propuesta

La cantidad de dinero asignada en las cuentas nacionales a los programas de prevención y atención del VIH, por adulto de 15 a 49 años de edad

Instrumentos de medición

Protocolo de SIDALAC para medir en las cuentas nacionales los gastos relacionados con el VIH y el SIDA

¿Qué mide?

El gasto proporciona una indicación de la voluntad del gobierno de respaldar sus políticas con recursos que permiten la aplicación de tales políticas. El indicador mide los recursos que el gobierno destina en su presupuesto y cuentas nacionales para dar respuesta a la epidemia del VIH.

El método hace una distinción entre los gastos en prevención y atención.

Ventajas y desventajas

Este indicador solo se refiere a los gastos y asignaciones presupuestales de las cuentas nacionales. Incluye el dinero proveniente de préstamos de instituciones internacionales, a un costo de 30% o menos de los intereses actuales de mercado. Estos préstamos pueden estar influenciados por las prioridades de las instituciones prestadoras y de los prestatarios, pero dado que el dinero debe pagarse con cargo a los contribuyentes nacionales (impuestos) se incluye en este indicador.

El indicador no incluye los gastos de donantes bilaterales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Se sabe que en muchos países estos últimos recursos sobrepasan con creces los de las cuentas nacionales. No obstante, cabe tener presente que este no es un indicador de la disponibilidad de recursos, sino del compromiso político en relación con la respuesta al VIH de parte de los gobiernos nacionales. Todos los gobiernos manifiestan sus prioridades políticas por medio de gastos y asignaciones presupuestales internas. Por lo tanto, un cambio en la asignación de recursos para actividades de prevención y atención del VIH es un buen indicador de la importancia política que se atribuye a la respuesta a la epidemia en comparación con otros rubros, como defensa nacional, educación o desarrollo de la infraestructura.

La desventaja de este indicador es que no permite captar fácilmente los gastos de otros sectores en cuanto a la prevención del VIH. A la fecha, la experiencia indica que aún en los países con recursos mínimos destinados a la compra de antirretrovirales, gran parte del dinero se gasta en servicios de tratamiento, lo cual podría señalar que es más fácil captar la información sobre los gastos en atención que en prevención. Los últimos podrían estar integrados en otros rubros presupuestales como educación. Sin embargo, cabe destacar que en los países donde más se ha avanzado hacia una respuesta integrada (Tailandia, por ejemplo) los presupuestos

incluyen rubros presupuestales significativos para prevención y atención del VIH, además de los gastos que figuran como parte de otros sectores.

En los casos en que las actividades de prevención y atención de las ITS y el VIH estén bien integradas en las actividades regulares del sector salud también será difícil determinar el gasto real en programas relacionados con el VIH, pero, como ya se dijo, este es un indicador de compromiso político más que de la disponibilidad de recursos. Mientras esta distorsión no afecte las tendencias temporales, no limitará mayormente la utilidad de este indicador. De todos modos es bueno desglosarlo en los rubros de atención y prevención siempre que sea posible, dado que el equilibrio entre ambas se verá afectado por las prioridades políticas. El aumento del gasto en torno a la atención puede ocultar una disminución del gasto en prevención, lo cual sería una preocupación en cuanto al compromiso político. La prevención es necesaria en todos los países, mientras la demanda de atención dependerá de la etapa en que se encuentre la epidemia. Un gobierno que está políticamente comprometido con la respuesta a la epidemia mantendrá el gasto en prevención aún cuando suban los gastos de la atención como consecuencia de la evolución de las primeras infecciones hasta el punto de enfermedad y muerte.

El indicador se calcula por persona adulta y no toma en cuenta la etapa en que se encuentra la epidemia en un determinado país. Por lo tanto, sirve más para el monitoreo de las tendencias temporales que para hacer comparaciones entre países. (Es obvio que un gasto de US$ 10 por adulto en prevención y atención del VIH en un país donde 1 de cada 1.000 adultos está infectado es mucho más adecuado que $10 per cápita cuando un tercio de los adultos está infectado). En países donde se cuenta con estimaciones fidedignas del número de individuos infectados por el VIH, podría calcularse un indicador que refleje el gasto en relación con el estadio de la epidemia. En estos casos, el indicador sería la asignación de recursos para prevención y atención del VIH en las cuentas nacionales dividido por el número de personas que vive con el VIH. No obstante, cualquier desequilibrio en la estimación del número de personas infectadas podría afectar significativamente esta medida, por lo cual no se recomienda como indicador estándar.

3.2 Disponibilidad y calidad de los condones

Metas del programa

Dado que no son todas las relaciones sexuales las que contribuyen a la diseminación de la infección por VIH, sino aquellas en que no se usa protección, el aumento del uso del condón ha sido una intervención fundamental de la estrategia de muchos programas de SIDA. La disponibilidad y acceso fácil a condones de buena calidad son requisitos esenciales para su uso.

El acceso a los condones es un elemento de dimensiones múltiples. En primer lugar, el producto, ya sea de fabricación nacional o importado, debe estar disponible en el país en una cantidad que cubra las necesidades de la población. En segundo lugar, deben distribuirse en todo el país y estar disponibles fácilmente y al alcance económico de quienes los necesiten. Otros elementos del acceso están relacionados con las barreras reales o percibidas en torno a la adquisición de condones, como las restricciones a menores de cierta edad u obstáculos sociales que se anteponen a las mujeres o los jóvenes.

La calidad de los condones también es un elemento importante, dado que si son malos (de fábrica o por almacenamiento inadecuado) no darán la protección debida. Hay casos en que se ha interpretado incorrectamente que los condones no protegen del VIH debido a que se han distribuido productos de mala calidad. Dado que un elemento clave de la contención de la epidemia es el uso de condones, es indispensable que se disponga del producto en cantidad suficiente y de alta calidad.

Por lo general, los programas de SIDA deberán tratar de poner condones de buen precio y calidad al alcance de toda persona que pueda llegar a tener relaciones sexuales, preferiblemente en los lugares que más propician las relaciones sexuales de riesgo o en su cercanía. Ejemplo de este tipo de local son los bares o discotecas, donde muchos programas nacionales han incorporado este tipo de intervención como respuesta a la realidad que muestra el comportamiento humano. Habrá que introducir nuevos métodos para medir la eficacia de la intervención de modo que se incluyan estos establecimientos comerciales y sociales no tradicionales en la caracterización de la venta de condones.

La disponibilidad de los condones no garantiza su uso. Los indicadores de uso del condón se tratan en la sección correspondiente a comportamiento sexual.

Preguntas clave

- ¿Existe una política nacional sobre el mercadeo social de los condones?
- ¿Hay disponibilidad continua de condones en el país?
- ¿Encuentran los consumidores condones disponibles oportunamente y en lugares y a precios accesibles?
- ¿La calidad de todos los condones se mantiene hasta que llegan al consumidor?

Dificultades de la medición

De todos los elementos sujetos al monitoreo de un programa, la disponibilidad de condones debería ser uno de los más fáciles de medir. O hay condones o no los hay; no puede ser tan difícil, ¿cierto? Lamentablemente la debilidad de los sistemas de información, el sinnúmero de fuentes que proporcionan los condones y problemas de contabilidad complican la situación. Además, la medida de otros aspectos del acceso que no sean su simple disponibilidad o carencia es subjetiva y, por lo tanto, difícil. Podría ser, por ejemplo, que se disponga ampliamente de condones en las farmacias, pero, ¿de qué le sirve a una mujer que repentinamente decide tener relaciones sexuales con una nueva pareja si la farmacia ya está cerrada? Si en ese momento los condones no están disponibles, ¿se puede decir que el programa alcanzó su meta o no?

Anteriormente se trató de medir la disponibilidad de los condones en la periferia (con el Indicador de prevención No. 3 de la OMS/PMS) con indicadores que combinaban encuestas de ventas al detalle con preguntas por encuestas directas a la gente sobre su conocimiento de lugares donde podrían comprar condones. No obstante, las respuestas a cuestionarios individuales pueden mostrar una correlación mala con los patrones de distribución. En consecuencia, estas medidas tienen un uso limitado para caracterizar el éxito de la distribución de condones en el país.

Todos los indicadores relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de condones se aplican también al condón femenino.

Indicador de disponibilidad de condones No. 1 Condones disponibles para distribuir a todo el país

(Indicador de prevención No. 2 de la OMS/PMS)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Número total de condones disponibles para ser distribuidos en todo el país durante los 12 meses anteriores, dividido por el número total de población de 15 a 49 años de edad. Este era anteriormente el Indicador de prevención No. 2 de la OMS/PMS

Instrumentos de medición

Protocolo de la OMS/PMS para estimar la disponibilidad de condones para distribuir en el ámbito central y periférico

¿Qué mide?

El mejor sistema de distribución del mundo no sirve si es que no tiene nada que distribuir. El primer problema que deben resolver los programas nacionales que promueven el uso del condón es garantizar que haya suficientes condones en el país para satisfacer la demanda. Este indicador mide el número de condones disponible para que los use el grupo de edad de mayor actividad sexual. En los lugares donde se promueve la disponibilidad del condón femenino, el indicador deberá incluir ambos productos, pero se deberá poder desglosar según tipo.

Este indicador se puede usar en conjunto con indicadores de comportamiento sexual, en cuyo caso presenta un buen panorama de las características de la provisión de condones. Por ejemplo, si un tercio de los hombres de 15 a 49 años de edad señalan haber tenido relaciones sexuales con parejas no habituales durante el último año y un quinto de las parejas casadas indican que usaron condones para prevenir embarazos, y solo se dispone de tres condones por adulto sexualmente activo por año, se puede deducir que el suministro nacional de condones no es suficiente para satisfacer la demanda potencial.

¿Cómo se mide?

El indicador se mide por medio de una estimación del número de condones (masculinos y femeninos) disponibles para uso en el país durante los 12 meses más recientes. Se identifica y entrevista a informantes clave para determinar todas las fuentes de fabricación, importación, distribución y almacenamiento de condones. A continuación se obtienen datos de todos los fabricantes y grandes distribuidores nacionales, donantes principales, depósitos de condones e instituciones estatales, paraestatales y no gubernamentales que participan en la adquisición y distribución del producto.

El indicador suma los condones nacionalmente disponibles al principio del período de 12 meses más los importados durante el mismo período, más los fabricados en el país en los mismos 12 meses, restándoseles las exportaciones correspondientes al mismo período. Esta suma de condones disponibles para uso nacional durante los 12 meses más recientes se divide por el número de población de 15 a 49 años de edad.

Ventajas y desventajas

El número de condones disponibles a nivel central ayuda a determinar si se cuenta con un número total adecuado. Sin embargo, es importante destacar que la “disponibilidad” y el “acceso” no son sinónimos, ya que el segundo integra aspectos de precio, ubicación y acceso a grupos de población en riesgo de tener relaciones sexuales sin protección y de contraer la infección por VIH. A menudo se da el caso de que no se distribuyen todos los condones de que se dispone o no llegan a los individuos que más los necesitan para contener el avance del VIH. Este indicador no puede por sí mismo indicar la cantidad de condones disponibles que efectivamente se distribuye o usa.

Es irónico que los esfuerzos del nivel nacional por promover el uso del condón a veces complican la medida del indicador. En muchos países, ante la epi-

demia de SIDA, se han eliminado las regulaciones relacionadas con la importación de condones con el fin de aumentar al máximo la disponibilidad del producto. Así, puede haber una gran variedad de empresas, organizaciones no gubernamentales, donantes e instituciones estatales (ministerios de salud y defensa, por ejemplo) que importan condones y que no están informando al nivel central. Tradicionalmente también se ha hecho una distinción entre los condones que se reparten como parte de los programas de planificación familiar y los que son para disminuir el número de infecciones de transmisión sexual. Es importante que ambos se tengan en cuenta. En lo posible, los datos se presentarán por programa, dado que los condones asignados a planificación familiar son principalmente usados en relaciones sexuales de bajo riesgo entre parejas estables y monógamas, mientras que los del programa de SIDA son para contactos sexuales de alto riesgo.

En los lugares donde las actividades de promoción del condón se centran alrededor del mercadeo con precios subsidiados para la gente que potencialmente tiene relaciones sexuales de riesgo (mercadeo social), la venta de determinadas marcas también pueden servir de indicador del éxito del programa. Las organizaciones a cargo del mercadeo social de condones normalmente mantienen buenos registros de la distribución, incluso de las ventas al detalle. Si bien estos datos solo dan cuenta de una parte de la disponibilidad de los condones, son una fuente de información de bajo costo para los programas nacionales de SIDA; también pueden ser muy útiles para las actividades de abogacía. Un aumento del número de condones fabricados nacionalmente o importados o del número de ventas, puede servir para apoyar la medición de otros indicadores, como el aumento del uso autonotificado del condón o la disminución de las ITS autonotificadas, o en última instancia, de la prevalencia del VIH.

Indicador de disponibilidad de condones No. 2 Ventas al por menor y puntos de distribución con abastecimiento de condones

(Indicador de prevención No. 3 de la OMS/PMS, modificado)

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas
Indicador adicional en las epidemias concentradas

Definición

Proporción de locales de venta al por menor y de puntos de distribución seleccionados aleatoriamente que cuentan con abastecimiento de condones al momento de la encuesta, sobre todos los locales de ventas al por menor y puntos de distribución seleccionados para la encuesta

Instrumentos de medición

Protocolo compilado de disponibilidad y calidad de los condones de MEASURE *Evaluation*/OMS/PSI

¿Qué mide?

Este indicador mide la distribución real de condones en locales determinados en un momento específico. Refleja el éxito logrado al tratar de aumentar la distribución de condones de modo que estén disponibles más ampliamente a la gente que probablemente los necesita en los lugares y momentos en que los buscan.

¿Cómo se mide?

Se selecciona aleatoriamente un número de lugares de diversos tipos para llevar a cabo una encuesta de locales. El marco de la muestra debe estratificarse para ver la disponibilidad rural y urbana. Los sitios se seleccionarán de una lista estándar de locales donde debería haber condones, incluso bares y clubes nocturnos, diferentes tiendas de venta al por menor (farmacias, supermercados, negocios de ventas rápidas, quioscos de mercado, estaciones de servicio o gasolineras), clínicas de infecciones de transmisión sexual y otros puestos de distribución. También habrá que incluir los puntos de distribución que sirven a la población cuyo acceso puede ser más limitado, como es el caso de los adolescentes. El indicador corresponde al número de locales con disponibilidad de condones dividido por el número total de sitios estudiados.

Si bien el indicador proporciona sólo un número que resume toda la información, es posible desglosar los datos según tipo de local. Así se generará información más valiosa para los gerentes de programa y aquellos que estén procurando mejorar el mercadeo de los condones. Los tipos de locales también se pueden analizar según el público a quien esperan servir. Con esto se obtiene una medida de lo adecuado del trabajo que se hace para suplir las necesidades de la gente con comportamientos de riesgo potencial, como son los jóvenes o individuos en ocupaciones que les obliga a viajar.

Ventajas y desventajas

En muchos países, los departamentos de estadísticas o ministerios de finanzas periódicamente (normalmente cada tres meses) llevan a cabo encuestas de ventas al por menor que incluyen los precios y disponibilidad de diversos productos. Por lo general, estos estudios, que contribuyen a obtener el índice de precios al consumidor y otras estadísticas económicas, son realizados por contratos con compañías privadas que se dedican a las investigaciones del mercado. Se utilizan marcos de muestras ya bien establecidos y cubren una variedad amplia de locales en todo el país. Donde se realice este tipo de encuestas, bastará con agregar los condones al conjunto de productos sobre los cuales se obtiene información. Algunos lugares, como los servicios de atención de las ITS y de planificación familiar, no estarán cubiertos por las encuestas de locales comerciales, por lo tanto habrá que realizar estudios especiales de estos sitios para obtener los datos necesarios. Los locales como bares, lugares donde se reúne la juventud y otros sitios donde la transmisión puede ser alta probablemente no sean parte del marco muestral que se utiliza en la actualidad para los locales comerciales. Estos locales podrían iden-

tificarse en consulta con informantes clave. No obstante, el costo global para el programa nacional de SIDA (en recursos tanto financieros como humanos) de agregar condones a las encuestas nacionales de ventas al por menor debería ser mínimo.

Se recomienda que para realizar la encuesta para este indicador se utilice una lista estándar de locales. Sin embargo, en algunos países la lista podrá modificarse para incluir otros lugares, sobretodo donde se esté haciendo un esfuerzo especial para distribuir condones; los colegios de secundaria podrían ser un ejemplo de este tipo de establecimiento. En los casos en que haya locales de distribución no formal, podría ser difícil determinar cuales son todos esos sitios. Por otra parte, no todos los sitios serán pertinentes, lo cual es especialmente cierto donde las epidemias son de bajo nivel o concentradas y la distribución se concentra entre grupos de población bien definidos debido a su comportamiento de mayor riesgo. En estos casos, el hecho de que no haya una distribución amplia de condones en tiendas de compras rápidas en todo el país no será indicio de fracaso del programa.

Al agregarse los datos para construir el indicador, en algunos países podría asignarse un peso diferente a los distintos locales de expendio, pero no es posible recomendar un procedimiento estándar para ello. Toda variación de local o de asignación de peso afectará la posibilidad de comparación de los indicadores entre un país y otro. Esta desventaja no afectará la presentación de los datos desglosados por tipo de local y no debería afectar las tendencias nacionales temporales, a no ser que se modifique la combinación de sitios que se elija.

Una limitación de este indicador es que la información se refiere a un momento único, es decir, es como una "instantánea". Donde la distribución sea relativamente pareja, esto no representará un problema. No obstante, cuando el abastecimiento central de condones sufre interrupciones graves, las repercusiones pueden sentirse simultáneamente en la mayoría de los locales de distribución. Si se llegara a hacer la encuesta en uno de estos momentos, daría la impresión de que el sistema de distribución periférico es inadecuado, aún cuando el problema en realidad se presente en el nivel central. En los países donde las encuestas de las ventas al por menor se realizan trimestralmente quizás sería mejor presentar informes anuales para reflejar la constancia del suministro de condones.

Indicador de disponibilidad de condones No. 3
Condones que cumplen con las medidas de control de calidad

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de condones en depósito a nivel central y en los locales de distribución que cumplen con las especificaciones de calidad establecidas por la OMS

Instrumentos de medición

Protocolo compilado de disponibilidad y calidad de los condones de MEASURE *Evaluation*/OMS/PSI

¿Qué mide?

La calidad de los condones en el momento de usarse determina su eficacia en relación con la prevención del VIH, las ITS y el embarazo. La calidad (especialmente si es mala) también afecta la percepción popular del valor de los condones, que a su vez puede determinar el éxito de los programas de prevención.

La calidad de los condones puede deteriorarse en muchas etapas y llegar al punto de ser inaceptable. Para empezar, el producto puede haber sido de mala fabricación y el control de calidad del fabricante puede haber sido inadecuado. También podría ser que los condones se hayan guardado en malas condiciones en el nivel central o haberse mantenido en perfectas condiciones durante la distribución, pero haber quedado al sol por dos meses antes de venderlos en un quiosco de mercado. Dado que desde el punto de vista práctico no es posible verificar la calidad de los condones una vez que están en manos del consumidor, el indicador se obtiene por una muestra de condones provenientes de los depósitos centrales y de los locales de distribución al detalle

El indicador de calidad se constituirá en una cifra única, pero para el uso del programa, es indispensable que la información se dé desglosada según la fuente de donde se obtuvieron los condones. Si se detectan condones de mala calidad en el depósito central, será necesario preparar especificaciones o mejorar los procedimientos de control de calidad. Si se encuentran problemas de calidad en los expendios al por menor, será necesario hacer cambios en el sistema de distribución o emitir recomendaciones sobre el almacenamiento a los distribuidores locales.

¿Cómo se mide?

El marco de la muestra de distribuidores utilizado para el Indicador de disponibilidad de condones No. 2 puede utilizarse para el componente de locales de distribución al detalle de este indicador. Incluso, se puede obtener la muestra de condones de los establecimientos de distribución durante el estudio de estos últimos. Habrá que tratar y almacenar con cuidado los condones durante el período entre que se obtiene y se analiza la muestra, de modo que el deterioro de la calidad no sea resultado de ese proceso. El marco de la muestra correspondiente al nivel central podrá construirse a partir de las instalaciones de almacenamiento identificadas en el cálculo del Indicador de disponibilidad de condones No. 1 y de una muestra de condones obtenidos de esos propios centros de almacenaje.

Existe una variedad de métodos para el control de calidad de los condones, cuyos resultados son bastante similares. Aún así, se recomienda adoptar un solo método y conservarlo con el fin de no afectar las tendencias temporales.

Ventajas y desventajas

Este indicador da una medida objetiva de la calidad de los condones distribuidos en un país. Es una medida sencilla, pero requiere equipo y personal adiestrado. Dado que hay estudios del comportamiento que señalan que la percepción popular de que los condones son de mala calidad contribuye

significativamente al hecho de que la gente los deje de usar, la información sobre la calidad de los condones debe usarse para promover un uso más amplio de dicho producto. No obstante, cabe destacar que este indicador es un arma de doble filo, en el siguiente aspecto: si los resultados son malos y no se toman de inmediato medidas correctivas, las reservas que pueda tener la gente con respecto a usarlos probablemente se vean reforzadas y, en consecuencia, el condón se use aún menos.

Con este indicador no se podrá medir qué pasa con el condón en el período que transcurre entre que llega a manos del cliente y se usa. Si la forma de guardar los condones no es la debida, se contribuirá significativamente a aumentar la tasa de fracaso.

3.3 Estigma y discriminación

Literalmente, estigma significa una "marca" o "señal" sobre algo o alguien. El VIH a menudo se ve de forma negativa y la postura social puede causar daño a las personas infectadas o que se sospecha que están infectadas. La discriminación se define más en términos legales y de derechos humanos: el hecho de que una persona pierda su empleo debido a la connotación o impresión negativa que conlleva el VIH es un acto de discriminación. El VIH sufre de estigma grave en la mayoría de las sociedades. La gente infectada es víctima de rechazo y desprecio como consecuencia del profundo prejuicio social contra la enfermedad. En ciertos casos, hay personas que son estigmatizadas por el solo hecho de sospecharse de que guardan alguna relación con la infección por VIH.

El estigma hacia el VIH y las personas afectadas por el virus tiene diversos orígenes, entre ellos, la relación que a los ojos del público existe entre la enfermedad y ciertos grupos marginados de la sociedad, como hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y trabajadoras sexuales y con "problemas de comportamiento" o "portarse mal", como la promiscuidad. El VIH recibe mucho más estigma que otras enfermedades de transmisión sexual o las hepatitis B y C, con las que el VIH comparte muchos modos de transmisión. La enfermedad aparece repentinamente, afectando a las personas que se encuentran en lo mejor de la vida; causa desfiguración y es incurable. Las reacciones de los políticos que niegan la realidad y las historias de terror de la prensa con toda certeza aumentan el estigma que se atribuye al VIH. En algunas partes esta reacción se manifiesta francamente en forma de discriminación: hay personas que pierden su empleo y su familia, las echan de la escuela o les niegan tratamiento en los hospitales por el solo hecho de estar infectadas por el VIH o de tener personas cercanas afectadas por el virus.

Metas del programa

El estigma y la discriminación deben preocupar a los programas de SIDA principalmente por dos razones. La primera, porque destruyen la vida de las personas que viven con la enfermedad. Y la segunda, porque esas conductas afectan las actividades de prevención y atención. Algunas personas que hayan estado expuestas al VIH debido a su propio comportamiento o al de su pareja podrán negarse a someterse a la prueba de detección del VIH o a cambiar su comportamiento de alguna manera por temor a desatar la sospecha de estar infectado por el virus. Si de hecho estos individuos están infectados, pueden seguir diseminando el virus y no podrán acceder a una atención adecuada. Son muchas las formas en que el estigma y la discriminación pueden repercutir en la eficacia de las actividades de prevención y atención. Por ejemplo, una mujer infectada podría saber que la lactancia tiene un riesgo de transmitir el virus a su hijo recién nacido, pero rechazará otras formas de alimentación (aún cuando se le ofrezcan gratuitamente) debido a que al dar mamadera se la catalogará como infectada por el VIH, lo cual podría ser una causa para ser expulsada de la familia. En los lugares donde hay mucho estigma en relación con el VIH, habrá personas que se nieguen a hacerse la prueba de detección con la cual podrían tener acceso a atención y servicios de apoyo. La discriminación activa también repercute en la prevención. Una persona a quien se despide de su empleo debido a su infección por VIH podría recurrir a modos de supervivencia como por ejemplo, el trabajo sexual que alimentan la epidemia.

Los programas que tienen por objeto combatir activamente la discriminación hacen cambios legales en apoyo de las personas que viven con el VIH y el SIDA y garantizan el cumplimiento de las leyes. También tratan de cambiar las actitudes hacia la gente infectada y su familia. Una actitud más favorable se traduce en comportamiento solidario y transforma un mundo hostil en uno compasivo y constructivo. Asimismo, estos programas tratan de

romper el silencio en torno a la enfermedad, en parte involucrando en la respuesta a la epidemia a las personas que viven con el VIH y su comunidad. Se espera que al abrir el debate se reduzcan el temor y los conceptos erróneos que refuerzan el comportamiento de alto riesgo.

Preguntas clave

- ¿Hay programas para promover la aceptación de las personas infectadas por el VIH y darles apoyo?
- ¿Hay leyes que protejan a las personas infectadas por el VIH de la discriminación?
- ¿Se aplican tales leyes?
- ¿Hay políticas que prohiban las pruebas obligatorias de detección del VIH para postular a empleo, casarse, viajar u otros?

Dificultades de la medición

El estigma y la discriminación, en especial el primero, son de los aspectos de la epidemia más difíciles de cuantificar. Quizás a eso se deba que, si bien muchos programas de prevención y atención tienen como objetivo explícito reducir el estigma y promover actitudes más solidarias, ninguno ha elaborado una forma confiable de medir este fenómeno tan intangible. Al no haber definiciones claras del estigma ni de sus características, tampoco es posible medirlo exactamente.

Si bien algunas actitudes que estigmatizan y algunas prácticas discriminatorias son sumamente evidentes, otras permanecen mayormente ocultas. En este contexto no hay una relación clara entre actitudes y comportamiento. Frente al terror que causa el SIDA, la forma de actuar puede ser muy distinta de lo que la persona dice que haría en esas circunstancias y la diferencia entre dicho y hecho puede tomar distintas direcciones. En algunos estudios se ha encontrado que individuos que se expresan de manera muy negativa sobre las personas infectadas por el VIH en la realidad dan buen apoyo y atención cuando tienen un pariente infectado en su propio hogar. Por el contrario, personas que niegan tener actitudes negativas frente al VIH, dadas las circunstancias, podrían discriminar activamente a las personas infectadas, por ejemplo, en cuanto a darles atención de salud.

Las intervenciones que tienen por objeto reducir la discriminación y las actitudes afines pueden tener un efecto más rápido y profundo en las actitudes explícitas que en aquellas que están arraigadas y que determinan el comportamiento individual. Como ejemplo cabe citar que, en los Estados Unidos de América por varios decenios ha habido campañas de derechos humanos que han logrado reducir la proporción de la población que reconoce abiertamente tener prejuicios raciales. No obstante, cabe duda de que este efecto declarado se refleje en una reducción similar en la discriminación racial activa.

Para complicar más las cosas, la discriminación activa es a veces difícil de determinar, ya que puede tomar la forma de un hecho muy evidente, como el despido del trabajo, pero también otras más sutiles. Por ejemplo, se puede manifestar en la falta de servicios para un grupo cuando están disponibles para otros, o en la falta de compasión y consejos de apoyo de parte de la iglesia o de los dirigentes comunitarios.

Es difícil obtener información sobre los comportamientos hacia las personas infectadas por el VIH. En parte, debido al propio estigma del SIDA, el individuo rara vez acepta abiertamente su estado de infección por VIH, incluso ante su propia familia. En consecuencia, la mayoría de las preguntas que tratan de medir estigma se hacen con base en situaciones hipotéticas, por ejemplo, la disposición de cuidar a un pariente con SIDA o la posición con respecto a que un individuo infectado por el VIH pueda seguir trabajando con otras personas. No se sabe con certeza hasta qué punto la voluntad hipotética de cuidar a un pariente enfermo se transformaría en realidad llegado el momento; es más, no se sabe la capacidad de este indicador para medir el estigma social. Otras preguntas hipotéticas han terminado siendo inadecuadas para predecir el comportamiento real de las personas, posible y justamente debido a la magnitud

de tal estigma. Sin embargo, a falta de mejores opciones, las preguntas hipotéticas sobre las actitudes de la gente seguirán siendo la forma de captar cambios en las actitudes negativas en relación con las personas infectadas por el VIH.

La discriminación por lo general se ha medido por variables dicotómicas cuyas respuestas son sí o no, por ejemplo, ¿Se cuenta con legislación para proteger de...? En algunas medidas también se trata de determinar si la legislación se aplica como corresponde. Esto puede ser útil para identificar vacíos importantes y aspectos sobre los que el programa deba actuar. No obstante, su uso es limitado en relación con el monitoreo y la evaluación de los programas nacionales de SIDA. Los indicadores compuestos que surgen de respuestas del tipo sí/no son prácticamente imposibles de interpretar. Por ejemplo, el haber logrado aprobar legislación en un rubro puede anularse debido a la falta de aplicación de otras leyes. Cabe destacar que el Índice de esfuerzo del programa de SIDA (EPS) medirá parcialmente el grado en que el sistema legal protege los derechos humanos de las personas infectadas por el VIH.

Indicador de estigma y discriminación No. 1 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de personas que manifiestan una actitud de aceptación frente a las personas con VIH sobre el total de personas de 15 a 49 años de edad que participaron en la encuesta

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Este indicador tiene su base en las respuestas a una serie de preguntas hipotéticas sobre hombres y mujeres infectados por el VIH. Las respuestas reflejan lo que la gente está preparada para responder en cuanto a lo que sienten y harían frente a diversas situaciones relacionadas con las personas que viven con el VIH.

¿Cómo se mide?

Las personas que participen en una encuesta general de población deben responder una serie de preguntas en relación con las personas infectadas por el VIH:

- Si un pariente suyo se enfermara de SIDA, ¿estaría usted dispuesto(a) a recibirlo y cuidarlo en su casa?
- Si usted supiera que el almacenero o vendedor de alimentos tiene SIDA, ¿le compraría sus verduras frescas?
- Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no está enferma, ¿se le podrá permitir que siga enseñando en el colegio?
- Si una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿preferiría Ud. que este hecho se mantuviera en secreto?

Solo aquellas personas que responden mostrando su aceptación o apoyo en las cuatro situaciones anteriores se cuentan en el numerador. El denominador incluye a todos los individuos que responden la encuesta.

Ventajas y desventajas

Desde el punto de vista metodológico, esta es una forma relativamente fácil de elaborar un indicador de actitudes frente a las personas con VIH. Una puntuación baja indica con bastante certeza que el grado de estigma es alto, razón suficiente para que valga la pena medirlo.

No obstante, la interpretación de los indicadores que tienen su base en preguntas hipotéticas no es fácil; asimismo, la obtención de una puntuación alta en este indicador es difícil de explicar. Podría ser un indicio de que efectivamente haya poco estigma en relación con el VIH. Por otra parte, podría señalar que la gente sabe que no debe discriminar y, por lo tanto, responde como si su actitud fuera de aceptación. Así, el comportamiento podría mantenerse sin cambios en relación con la discriminación de las personas infectadas por el VIH. En consecuencia, los cambios en el indicador podrían indicar tanto una disminución del estigma como simplemente mayor conciencia de que no es aceptable mostrar una actitud cargada de prejuicios. No obstante, esto último constituye el primer paso hacia el éxito del programa. Una puntuación alta también puede señalar que la persona encuestada no ha tenido experiencias personales con personas infectadas por el VIH.

El indicador que se propone se parece a uno que desarrollara anteriormente la OMS, aunque se han cambiado las preguntas como resultado de algunas pruebas de campo y con el fin de mostrar mejor algunas situaciones reales que afectan a las personas objeto de estigma. Las pruebas de campo dejaron al descubierto que las respuestas varían mucho según

la forma en que se expresa el indicador. Por ejemplo, en un país en el que no se indicó el sexo del maestro, se registró un alto grado de discriminación. Luego de investigar más a fondo, se descubrió que las actitudes negativas respondían a informaciones recientes que acusaban a maestros hombres de infectar con el VIH a sus estudiantes de sexo femenino.

El indicador anterior elaborado por la OMS se ha utilizado poco y se ha cuestionado su utilidad. Es posible que no se haya usado mucho debido a que hasta ahora en muchos países no se ha hecho un gran esfuerzo por reducir el estigma asociado con el VIH. No obstante, a medida que cada vez se aprecia más el poder de esta actitud negativa como obstáculo a los programas de prevención y atención, es probable que los programas nacionales de SIDA den más atención a este aspecto, como resultado de lo cual se espera que aumente el uso de este indicador.

Se ha recomendado que se utilice este indicador para medir también diferencias en la discriminación o el estigma según el género del afectado. Algunos investigadores han insinuado que las mujeres con infección por VIH o SIDA tienen más probabilidad de ser objeto de un tratamiento y actitud más duros. Otros estudios más recientes señalan que casi no hay diferencia en las respuestas a preguntas sobre estigma y discriminación según el género de la persona afectada.

Indicador de estigma y discriminación No. 2 Empleadores que garantizan que no se discriminará a las personas infectadas por el VIH

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

La proporción de empleadores del sector formal de la economía que señalan por encuesta que no tienen políticas ni prácticas discriminatorias en relación con la contratación, promoción o beneficios de empleados con infección por VIH

Instrumentos de medición

Protocolo de ONUSIDA para determinar la discriminación de las personas que viven con el VIH

¿Qué mide?

Este indicador mide un aspecto menor, pero concreto, de la discriminación relacionada con el VIH, es decir, la discriminación en los sectores formales de empleo. Debe desglosarse para medir políticas y prácticas de la empresa por separado.

¿Cómo se mide?

Se lleva a cabo una encuesta de los empleadores del sector formal más importantes con el fin de determinar qué políticas y prácticas aplican en relación con la contratación y el empleo de personas infectadas por el VIH. Al momento de imprimir este documento, se estaba elaborando el protocolo y aún no se había llevado a cabo ninguna prueba de campo. Es probable que la encuesta incluya una combinación de empleadores de los sectores público, privado nacional y de corporaciones multinacionales. Participarán en las entrevistas de cada empresa representantes de los gremios o de los trabajadores y de la gerencia o administración.

La encuesta tiene por objeto determinar si existen, y cómo se aplican, políticas formales en relación con el VIH. Se incluyen aspectos relacionados con la contratación y el empleo propiamente tal, por ejemplo, las prácticas relacionadas con la toma de pruebas antes de contratar a empleados potenciales o el despido de aquellos que trabajan en la compañía y se descubre que están infectados por el virus. También se busca analizar las políticas en cuanto a los beneficios de salud y defunción.

Ventajas y desventajas

Las prácticas de empleo del sector formal de la economía representan solo una pequeña parte de la discriminación relacionada con el VIH. Los programas nacionales de SIDA pueden tratar de reducir la discriminación de diversas maneras en los distintos países. No obstante, la discriminación laboral constituirá una preocupación en prácticamente todos ellos. Los programas nacionales pueden trabajar directamente con las empresas o sindicatos para reducir la discriminación laboral; también pueden optar por la vía de la normalización y la legislación. En ambos casos, este indicador reflejará el éxito en cuanto a la reducción de la discriminación laboral de los individuos infectados por el VIH, ya que las prácticas del empleador están afectadas por distintos factores, entre ellos, el ámbito regulador. Donde se establece legislación que proteja los derechos de personas y trabajadores infectados por el VIH, o donde las cortes judiciales cambien la probabilidad de que tal legislación se aplique, se observarán como consecuencia cambios en las políticas y prácticas laborales.

El indicador incluye simultáneamente los aspectos de política y práctica. Sin embargo, a menudo será la diferencia entre ambos aspectos lo que más interese a los gerentes de programa. Si las políticas de los empleadores adoptan una posición más benévola frente al empleado infectado por el VIH como consecuencia de cambios legislativos u otras presiones, pero las prácticas en sí no cambian, es probable que sea necesario reorientar las acciones hacia la aplicación de la ley más que darse por satisfechos con la sola existencia de políticas en contra de la discriminación.

Medir las prácticas discriminatorias no es cosa sencilla, especialmente cuando tales prácticas son ilegales. Muchas empresas tendrán otras razones, no relacionadas con la infección por VIH, para despedir a una persona infectada; en algunos casos esas razones serán justificadas. Al igual que respecto al Indicador de política No. 1, este indicador de discriminación hasta cierto punto se verá afectado por la opinión de las personas que respondan la encuesta, de ahí la importancia de que constituyan una muestra combinada de personas que sean parte de la administración o gerencia y otros externos a ella.

Cabe señalar que las discrepancias entre política y práctica pueden darse en ambas direcciones. Una empresa podría carecer de una política en relación con el VIH, pero garantizar de todos modos que los empleados infectados no van a ser discriminados en la práctica. La encuesta deberá determinar si los empleadores cuentan con políticas con respecto a enfermedades terminales y si tanto políticas como prácticas relacionadas con el VIH difieren de las que rigen para otras enfermedades.

El indicador se verá afectado según qué empleadores y empresas participen en la encuesta. El protocolo deberá incluir una buena combinación de empleadores nacionales e internacionales, el sector público, inclusive. Será necesario obtener el consentimiento de las empresas aún cuando la encuesta se lleve a cabo por medio de cuestionarios anónimos llenados directamente por las personas objeto de la encuesta. Es posible que surja un sesgo de participación considerable (como consecuencia del rechazo a llenar el cuestionario) en la medición de este indicador: las compañías que tengan malos antecedentes participarán menos que las que no los tengan. También es posible que la tasa de respuesta de los sindicatos o de los representantes de los empleados sean diferentes significativamente de las de los gerentes o empresarios. A lo mejor es posible negociar una forma de consentimiento informado para todos los socios de la cámara de industria y comercio, de modo que las personas que lleven a cabo la encuesta puedan dirigirse directamente a los empleados. El sesgo relacionado que surge del rechazo a participar en la encuesta es especialmente importante cuando cambia a lo largo de tiempo, lo cual puede suceder cuando ya se ha aprobado una ley, pero aún no se observa un cambio en su aplicación.

3.4 Conocimientos sobre la transmisión del VIH

Debido a que las relaciones sexuales sin protección son la causa principal de la mayoría de las epidemias del VIH, los programas de SIDA se han dedicado activamente a educar a la población sobre la transmisión sexual del virus y promover los comportamientos sexuales de menor riesgo. Algunas veces, incluso se ha tratado de cambiar actitudes sociales de base que promueven las relaciones sexuales de riesgo. A menudo estas actitudes tienen que ver con los criterios morales aplicados a la sexualidad, que permiten más libertad al hombre que a la mujer y que concentran el poder en manos de los primeros.

Si bien todos están estrechamente relacionados, se presentarán por separado las metas y los indicadores correspondientes al conocimiento sobre la transmisión sexual y a los comportamientos sexuales propiamente tales.

El conocimiento es un prerrequisito para llevar a cabo actividades de prevención en otros aspectos de la transmisión del VIH, por lo tanto, en esta sección también se incluye la medición del conocimiento sobre la transmisión relacionada con el uso de drogas inyectables y la maternoinfantil.

Conocimientos sobre la transmisión del VIH: metas del programa

Lo que anteriormente se había supuesto, que el conocimiento sobre el SIDA y la forma de prevenir la enfermedad llevarían a cambios del comportamiento, resultó ser optimista. No obstante, no hay duda de que el conocimiento es un factor importante como precursor del cambio de comportamiento.

La mayoría de los programas nacionales han dedicado mucho esfuerzo a campañas de "información, educación y comunicación o IEC" que tienen por objeto aumentar el conocimiento sobre el VIH, los comportamientos que lo transmiten y la forma de prevenir la transmisión. Muchos programas han logrado impartir este tipo de información. Los indicadores de conocimiento ya empiezan a mostrar un alto grado de respuestas correctas. No obstante, cubierto por ese conocimiento, a menudo persiste información y percepciones erróneas que influyen en el comportamiento de las personas. Por ello es que cada vez más los programas están tratando de alterar estos conceptos equivocados del público.

Preguntas clave

- ¿Se cuenta con una política nacional que dicte la inclusión de mensajes de prevención del VIH en programas escolares de educación?
- ¿Sabe la gente cómo se transmite el VIH y las formas de prevenir la infección?
- ¿Tiene la gente ideas equivocadas que pueden reducir la posibilidad de que actúen de acuerdo a conocimientos correctos?
- ¿Se cuenta con programas para aumentar el conocimiento y reducir los conceptos erróneos? ¿Llegan tales programas al público para el cual se diseñaron?

Dificultades de la medición

Los indicadores compuestos que actualmente existen sobre el conocimiento del VIH miden que este sea correcto y, si bien preguntan sobre los conceptos errados, la información incorrecta a menudo no forma parte del indicador.

Una de las complicaciones de medir el conocimiento consiste en definir hasta qué punto se puede remover la memoria de la gente con preguntas dirigidas. Probablemente sea cierto que las respuestas espontáneas se aproximen más a la realidad en cuanto a la aplicación del conocimiento que las preguntas dirigidas. Por ejemplo, cuando se pregunte a una persona que siempre usa condones para protegerse del VIH sobre cuál es el mejor método de evitar la infección, probablemente responda lo primero que el uso de preservativo es la mejor manera de protegerse del virus. En las respuestas espontáneas también es más probable que la gente entrevistada no mencione métodos de prevención que intelectualmente saben que previenen la infección, pero que no consideran apropiados en su propia situación, como la abstinencia.

El problema de las respuestas espontáneas o no dirigidas (por ejemplo, ¿Cómo se puede proteger uno del

VIH?) es que pueden variar mucho de un grupo de población a otro y a lo largo del tiempo, diferencias que no manifiestan cambios reales de conocimiento. Por el contrario, las variaciones pueden deberse a la capacidad del encuestador de obtener respuestas espontáneas y su preferencia por ciertos códigos de respuesta. Con el fin de elaborar indicadores de conocimiento estandarizados y que se puedan comparar a lo largo del tiempo, las respuestas dirigidas a ciertos modos de prevención podrían ser más útiles.

La forma de plantear la pregunta es fundamental. En el pasado, la mayoría de las preguntas se enunciaban de la siguiente manera: "Es posible protegerse del VIH por medio de...". Las pruebas de campo han mostrado que, a medida que aumenta el conocimiento sobre el VIH, estas preguntas comienzan a generar respuestas difíciles de interpretar. Es posible que la persona entrevistada sepa que disminuye el riesgo de contraer el VIH por la relación sexual cuando se usa condón, pero también podría saber que la protección no es total dado que se pueden romper. En consecuencia, estos indicadores plantean las preguntas de una forma un poco diferente, vale decir, indagando si un cierto comportamiento puede reducir el riesgo de infección por VIH.

La información sobre el modo de contraer o evitar la infección por VIH por lo general no cambia de un lugar a otro, pero sí varían los conocimientos errados, por ejemplo, sobre el modo de transmisión del VIH (por brujería) y su prevención (comiendo cierto tipo de pescado o teniendo relaciones sexuales con vírgenes). Estos últimos a menudo circulan a modo de rumores entre la población.

Los indicadores de conocimientos errados pueden adaptarse a los rumores que circulan localmente. Si se utilizan los dos errores más frecuentes en cada medio, no debería verse afectada la caracterización de los indicadores utilizados en todo el país. Esto se debe a que el indicador no mide el conocimiento sobre brujería, sino el conocimiento incorrecto sobre el SIDA. En muchas sociedades, los errores más comunes ya son bien conocidos. En otras, sin embargo, podría ser necesario llevar a cabo estudios cualitativos para determinar los elementos que debe incluir el indicador. Cabe destacar que los errores de conocimiento pueden variar a lo largo del tiempo. Es parte de la función del programa de SIDA eliminar estos errores, aunque a cambio de ellos pueden aparecer otros, por lo cual es posible que en un país se elija medir diferentes errores del conocimiento a lo largo del tiempo. De todas maneras mientras se seleccionen los dos errores del conocimiento más frecuentes en el momento, el indicador de este error respecto del VIH podrá compararse sin problemas a lo largo del tiempo.

La importancia relativa del conocimiento correcto sobre los modos de transmisión del VIH más importantes y de los errores sobre el mismo puede variar según la etapa de la epidemia. En las epidemias generalizadas, en las que la mayoría de la gente responde correctamente las preguntas sobre los modos de transmisión, la corrección de los errores del conocimiento puede convertirse en el aspecto central de las campañas de información, educación y comunicación. Por otra parte, en las epidemias de bajo nivel o concentradas, en las que en el pasado las actividades de IEC han sido más limitados, se recomienda aumentar el conocimiento de ciertos grupos de población sobre las medidas preventivas relacionadas con el comportamiento que ponen en riesgo de contraer el VIH a esos grupos.

Al medir los indicadores de conocimientos sobre el VIH, el denominador, sin excepción, estará constituido por el total de personas entrevistadas, y no solo por las que han oído hablar de SIDA. Esto se debe a que el hecho de que haya personas que no han oído hablar del SIDA (y por lo tanto, no pueden tener ningún conocimiento "correcto" sobre la enfermedad) demuestra la falla de las campañas de información, educación y comunicación. Hacia fines de la década de 1990, en la mayoría de los países esta gente era solo una pequeña parte de la población.

En los temas relacionados con conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales, más que en cualquier otro aspecto de la programación, es imprescindible que la información se obtenga por sexo.

Indicador de conocimiento No. 1 Conocimientos de métodos de prevención del VIH

(Indicador de prevención No. 1 del PMS/OMS modificado)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de personas entrevistadas que, como respuesta a preguntas dirigidas, señalan que es posible reducir el riesgo de contraer el VIH por medio del uso de condones o al tener relaciones sexuales con solo un compañero(a) fiel que, a su vez, no esté infectado(a).

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

La mayoría de los programas de SIDA dirigidos a la población general promueven la relación monógama y el uso de condones como los principales métodos para evitar la infección por el VIH entre los hombres y mujeres sexualmente activos, que constituyen la mayoría de la población adulta en prácticamente todas partes. Este indicador mide hasta qué punto estos mensajes han llegado a la población general o a los grupos objeto de las encuestas.

¿Cómo se mide?

El indicador se obtiene de las respuestas correctas a los dos métodos de prevención primaria entre los adultos sexualmente activos en seguimiento a preguntas dirigidas de una encuesta. Los encuestados que solo señalan un método de prevención no pasan a formar parte del numerador del indicador. Todas las personas entrevistadas se cuentan en el denominador, al margen de que hayan oído hablar del SIDA o no. Los componentes del indicador deberán informarse por separado para mostrar los cambios en el conocimiento de aspectos específicos.

Debe pensarse muy bien la redacción de las preguntas, tanto en sus aspectos lingüísticos como culturales. Cabe señalar que los métodos de prevención correctos mencionados en las preguntas dirigidas deben intercalarse con los conceptos erróneos en el cuestionario que se use para calcular el Indicador de Conocimiento No. 2.

Ventajas y desventajas

Los datos necesarios para calcular este indicador se pueden obtener fácilmente en una encuesta de población. En la mayor parte de los países la puntuación de este indicador será alto, aunque su desglose por pregunta específica, lugar de residencia, sexo o grupo de edad puede ayudar a determinar vacíos de información.

Ya en la introducción de esta sección se mencionaron las limitaciones de usar datos obtenidos por medio de preguntas dirigidas. Si bien el indicador principal deberá construirse con ese tipo de datos, podría obtenerse información interesante al comparar las respuestas a preguntas dirigidas con las de preguntas espontáneas. Por ejemplo, tanto la encuesta de población general de ONUSIDA como el módulo de SIDA de la encuesta de las EDS inician el cuestionario con la siguiente pregunta: ¿Cómo puede protegerse la gente de adquirir la infección por VIH? Después de esta introducción se hacen las preguntas dirigidas. Para obtener mayor ventaja, este indicador debe usarse conjuntamente con el Indicador de conocimiento No. 2.

En el pasado, los indicadores de conocimiento incluían la abstinencia sexual como método correcto de prevención. Si bien constituye una opción sumamente importante para prevenir la infección entre los jóvenes, diversas investigaciones han seña-

lado que la abstinencia sexual rara vez sirve como método primario de prevención entre los adultos sexualmente activos. Por lo demás, las personas que saben que el VIH se transmite por la vía sexual es muy probable que sepan también que la abstinencia reduce el riesgo de infección. Una respuesta negativa a este tipo de pregunta probablemente se deba a que la gente no ve la abstinencia como método realista de prevención y no a que no lo consideren eficaz. No obstante, en las encuestas de gente joven, las preguntas sobre abstinencia sexual siguen siendo importantes. Los programas que buscan retrasar la edad de la primera relación sexual podrían incluir un indicador de conocimiento que incluya preguntas sobre abstinencia sexual como método de prevención de la infección por VIH. Las respuestas correctas formarán parte del numerador.

Indicador de conocimiento No. 2 Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de personas entrevistadas que niegan correctamente dos de los conceptos erróneos locales más comunes sobre la transmisión o prevención de SIDA y que saben que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Hay muchas personas que, a pesar de saber que los condones protegen de la infección por VIH, creen que el virus también es transmitido por mosquitos u otros hechos fuera de su control. En esos casos, se piensa que no tiene sentido privarse del placer sexual si de todas maneras la infección podría adquirirse por un hecho circunstancial, como puede ser una picada de mosquito. Cuando el grado de conocimiento sobre el VIH es alto, la reducción de los conceptos erróneos que se anteponen al cambio de comportamiento pueden reflejar mejor el éxito de las campañas de IEC que un alto grado de conocimiento "correcto". Este indicador mide el éxito logrado en la reducción de los conceptos erróneos.

¿Cómo se mide?

Se formula una serie de preguntas dirigidas entre las cuales se intercalan nociones correctas y erróneas sobre la transmisión y la prevención del VIH. Las respuestas a las ideas correctas se usan para calcular el Indicador de conocimiento No. 1. Para el Indicador No. 2, se usan las respuestas a una pregunta sobre el estado de infección de una persona que se ve sana y a dos enunciados incorrectos sobre transmisión o prevención.

Los enunciados incorrectos serán diferentes, según cuáles sean los conceptos erróneos más comunes en la población en cuestión. A menudo, entre estos últimos se encuentra la idea de que la transmisión puede darse a través de picaduras de mosquitos o por medio de brujería. A veces también podrán incluirse creencias sobre prevención y tratamiento, como que se puede prevenir el SIDA al comer ciertos alimentos o hierbas o que se puede curar al tener relaciones sexuales con una persona de características especiales, como la virginidad (o solamente que tiene cura). Siempre deberá haber una pregunta sobre conocimientos relacionados con el portador sano, vale decir, que es posible adquirir el VIH por medio de las relaciones sexuales con personas de apariencia saludable. La redacción de las preguntas puede variar de acuerdo con el lugar. Por ejemplo, en algunas partes donde la gordura es sinónimo de salud, en cuyo caso esa característica puede reflejar mejor la idea errada de que una persona sana constituye una pareja "sin riesgo".

Será necesario determinar cuáles son las ideas erróneas que circulan localmente antes de llevar a cabo la encuesta. Estas ideas también pueden variar a lo largo del tiempo en un mismo país.

Para integrar el numerador del indicador, la respuesta deberá ser correcta tanto al negar dos conceptos erróneos como al reconocer que una persona sana sí puede transmitir el VIH. El denominador estará constituido por todas las personas sometidas a la encuesta, incluyendo a las que no habían oído hablar del SIDA. Para los efectos del programa, el indicador deberá desglosarse según cada idea errónea. Asimismo, deberá informarse por separado la proporción de personas que piensan que la gente que se ve saludable no puede transmitir el virus.

Ventajas y desventajas

Este indicador es fácil de medir y permite conocer bien el grado de conocimientos falsos que pueden impedir que la gente actúe con base en información

correcta. Al desglosar los datos, se obtiene información valiosa en relación con futuras campañas de IEC, ya que señala las ideas erróneas que habrá que atacar y los grupos de población blanco.

No obstante lo anterior, cabe tener cautela con este indicador. Siempre que se incluyen conceptos errados en un cuestionario se corre el riesgo de aumentar su credibilidad. La investigación preparatoria deberá servir para determinar cuáles son los conceptos erróneos más comunes (y así no promover nuevas ideas equívocas). Asimismo, se debe dejar claramente sentado que el cuestionario incluye una serie de enunciados, de los cuales algunos son ciertos y otros, falsos.

Otra debilidad de este indicador es que no puede distinguir entre los conocimientos erróneos que pueden influenciar el comportamiento y los que son puramente incidentales. La medición del indicador también requiere trabajo preparatorio para determinar cuáles son las ideas erróneas más corrientes.

Indicador de conocimiento No. 3 Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Indicador fundamental en las epidemias concentradas con poblaciones identificables de hombres que tienen sexo con hombres

Definición

Porcentaje de hombres que, en respuesta a una pregunta dirigida, indican que el evitar la relación sexual anal y al usar condones durante la relación sexual anal se puede prevenir la infección por VIH

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen sexo con hombres)

¿Qué mide?

En los casos de epidemias donde la infección por VIH o los comportamientos de riesgo se concentran en grupos de hombres que tienen sexo con hombres, las campañas de IEC a menudo tienen por objeto específico llegar a estas poblaciones. Con el fin de evitar el riesgo de infección, gran parte de estas campañas promueven la relación sexual sin penetración y el uso de condones para las relaciones sexuales anales. Este indicador mide el grado en que tales mensajes llegan a los miembros de un grupo de población de hombres que tienen sexo con hombres. Esta pensado para ser utilizado exclusivamente con esta población.

¿Cómo se mide?

En las encuestas de comportamiento de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las preguntas tienen por objeto saber qué conocimiento de SIDA y las formas de prevenirlo tienen los individuos entrevistados. Las preguntas son dirigidas y enuncian varias formas correctas y otras incorrectas de prevenir la infección por VIH, incluso la relación sexual sin penetración y el uso del condón durante la relación sexual anal. El indicador se obtiene de las respuestas correctas en relación con los dos métodos mencionados anteriormente para prevenir la transmisión del virus por el contacto sexual entre hombres. El individuo que responde bien a solo un método no entra en el numerador del indicador. El denominador está constituido por todos los entrevistados, al margen de que hayan oído hablar del SIDA o no.

Ventajas y desventajas

Uno de los obstáculos principales para conseguir los datos que requiere este indicador es el acceso a una muestra representativa de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los aspectos relacionados con las muestras de encuestas de grupos específicos (población blanco) o de población se tratan en mayor detalle en las pautas para estudios de vigilancia del comportamiento de *Family Health International*.

Sin duda hay otras maneras de prevenir la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales entre hombres, por ejemplo, abstinencia, uso de condón para las relaciones sexuales orales y relaciones de pareja exclusivas entre hombres con resultados negativos en la prueba detección del VIH y que no han tenido relaciones con otras parejas después del examen. El hincapié que se haga en cada mensaje dependerá del medio en que se dan las relaciones sexuales entre hombres. Por ejemplo, se hará mayor hincapié en el mensaje que promueve la "fidelidad mutua" en los países que cuentan con comunidades gay bien establecidas, donde priman las relaciones de pareja duraderas. Este mismo mensaje tendrá mucho menos peso en países donde la mayoría de los hombres que tienen sexo con hombres son casados (con mujeres) o tienen relaciones sexuales en un ámbito predominantemente comercial. Con el fin de que el indicador sirva mejor para comparar situaciones diferentes, los aspectos del conocimiento que se citan son centrales a los programas de prevención dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en casi todos los medios.

El indicador no incluye conceptos erróneos sobre la transmisión o prevención del VIH. No obstante, de manera parecida a las preguntas sobre conocimientos generales, la serie de preguntas en las encuestas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres probablemente contenga algunas formas de prevención incorrectas y otras correctas; un ejemplo de las primeras es que el hombre que inserta el pene no tiene riesgo de infección por VIH durante la relación sexual. Las respuestas a estas preguntas darán información importante para mejorar los mensajes de IEC y para otras intervenciones preventivas. Nuevamente cabe destacar que hay que tener cuidado para evitar introducir conceptos erróneos nuevos.

Ya en la introducción de esta sección se mencionaron las limitaciones de usar datos obtenidos por medio de preguntas dirigidas. Si bien el indicador principal deberá construirse con ese tipo de datos, podría obtenerse información interesante al comparar las respuestas a preguntas dirigidas con las de respuestas espontáneas. Los gerentes de programa pueden sacar más utilidad de esta información al desglosar los indicadores según método de prevención y señalar las fortalezas y debilidades de las campañas de IEC.

Indicador de conocimiento No. 4 Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables

Indicador fundamental en las epidemias concentradas con poblaciones distinguibles de usuarios de drogas inyectables

Definición

Porcentaje de personas entrevistadas que, en respuesta a una pregunta dirigida, indica que al dejar las drogas inyectables por otras que no se inyecten y evitar compartir equipo de inyección, se puede prevenir la infección por el VIH

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)

¿Qué mide?

En los casos de epidemias donde la infección por el VIH o los comportamientos de riesgo están concentrados entre usuarios de drogas inyectables, algunos programas promueven activamente la prevención de la infección por el VIH entre estos grupos. Gran parte del esfuerzo realizado para reducir la transmisión por medio de drogas inyectables se dirige a promover el consumo de drogas con menos riesgo, incluido el uso de drogas que no se inyectan y el no compartir el equipo de inyección. Este indicador mide hasta qué punto los consumidores de drogas inyectables conocen estos métodos para prevenir la transmisión del VIH.

¿Cómo se mide?

En un estudio de comportamiento dirigido a una comunidad de usuarios de drogas inyectables, se pregunta a las personas encuestadas sobre sus conocimientos de SIDA y si la enfermedad puede prevenirse. Luego se les hace varias preguntas en las que se sugieren respuestas correctas e incorrectas sobre los métodos de prevención, entre ellos, cambiar el uso de drogas inyectables por el consumo de drogas no inyectables y evitar compartir el equipo de inyección. El indicador se obtiene de las respuestas correctas a preguntas sobre ambos métodos de prevención. La persona que responde correctamente sobre solo uno de los métodos no se incluye en el numerador del indicador. Todos los entrevistados se incluyen en el denominador, al margen de que hayan sabido algo de SIDA o no. Deberá proporcionarse información para cada componente del indicador.

Ventajas y desventajas

La mayor dificultad de obtener información para este indicador se relaciona con el acceso a una muestra representativa de usuarios de drogas inyectables. Los aspectos relacionados con el muestreo se tratan en mayor detalle en el módulo de Family Health International sobre este tema en relación con los estudios de vigilancia del comportamiento.

El indicador será de utilidad solo en aquellos lugares donde se esté haciendo un esfuerzo para que los mensajes de prevención lleguen a los usuarios de drogas inyectables con el fin de que reduzcan su exposición al VIH, para protegerse tanto a sí mismos como a otros miembros de su grupo. Donde haya programas de este tipo que se concentren en solo un mensaje respaldado por los servicios correspondientes, podría restringir este indicador para medir conocimientos sobre ese método de protección, exclusivamente. No hay duda de la dificultad que habrá para usar esta información, si los programas no están dando abiertamente a los usuarios de drogas inyectables la información sobre el uso de jeringas limpias y otros métodos más seguros de consumo de drogas.

Hubo en el pasado programas de prevención del VIH que promovían como método de prevención la limpieza cuidadosa, con lavandina (lejía), del equipo de inyección antes de pasar de un usuario a otro. Sin embargo, hay estudios recientes que cuestionan la eficacia de ese método, y son pocos los programas que hoy en día lo promueven. En consecuencia, este método no se incluye como modo de prevención para el indicador.

Muchos programas dirigidos a usuarios de drogas inyectables promueven también el uso de condones con el fin de prevenir la transmisión del VIH de estas personas infectadas a sus parejas sexuales. Estas actividades quedan cubiertas por los indicadores de riesgo sexual y no se incluyen en los indicadores de conocimientos específicos en casos de inyección de drogas.

Ya en la introducción de esta sección se mencionaron las limitaciones de usar datos obtenidos por medio de preguntas dirigidas. Si bien el indicador principal deberá construirse con ese tipo de datos, podría obtenerse información interesante al comparar las respuestas a preguntas dirigidas con las de respuestas espontáneas en relación con lo que los usuarios de drogas inyectables consideran métodos eficaces en sus propias circunstancias individuales.

Indicador de conocimiento No. 5
Conocimientos sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

Indicador fundamental en los países con epidemias generalizadas y estrategias para reducir la transmisión del VIH de la madre a su hijo

Definición

Porcentaje de mujeres y hombres que, a una pregunta dirigida sobre cómo prevenir la transmisión maternoinfantil, contestan que los métodos correctos son el tratamiento antirretroviral y no amamantar

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

Este indicador tiene por objeto medir si hombres y mujeres conocen los métodos para prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo. En este caso, al igual que en el de la prevención de la transmisión sexual, el conocimiento es un requisito previo para tomar decisiones e intervenir, si bien de ninguna manera este conocimiento garantiza su aplicación.

El indicador mide el conocimiento de la gente sobre los métodos para prevenir la transmisión de la madre al hijo por medio del tratamiento antirretroviral y de evitar la lactancia materna. Es importante también medir el conocimiento de los hombres a este respecto, dado que en muchas sociedades los hombres son quienes predominantemente toman las decisiones sobre la constitución de la familia y el tener hijos. Por lo tanto, el indicador está destinado a personas de ambos sexos. Dado que la mayor parte de las campañas de IEC en este tema están dirigidas a las mujeres, con el fin de monitorear la eficacia de los programas, será necesario desglosar el indicador según el sexo de los entrevistados.

¿Cómo se mide?

Por medio de una encuesta de población, se hace una serie de preguntas sobre la transmisión y la prevención del VIH (véanse los Indicadores de conocimiento 1 y 2). En la serie se incluyen preguntas sobre la transmisión del VIH de la madre al hijo y los modos de prevenir esta forma de transmitir el virus.

El numerador de este indicador corresponde al número de personas encuestadas que responde que la transmisión del VIH de una mujer infectada (con prueba de VIH positiva) a su hijo puede evitarse si la embarazada toma medicamentos durante el embarazo y si después del nacimiento no amamante a su bebé. El denominador esta constituido por el total de personas que responde la encuesta.

Ventajas y desventajas

En el caso de este indicador, de antemano se supone que hay esfuerzos encaminados a educar a la mujer acerca de la transmisión del VIH de la madre al hijo, y que la información sobre la prevención es parte de esa educación.

El denominador del indicador no hace diferencia entre las personas que saben acerca de la transmisión maternoinfantil y los que no la conocen, dado que quienes no saben cómo prevenir este tipo de transmisión definitivamente se cuentan entre los que no han recibido información sobre los métodos preventivos. No obstante la serie de preguntas permite que en cada país se elabore un indicador de conocimiento sobre la transmisión maternoinfantil del VIH, en caso de así desearlo.

El saber que la transmisión maternoinfantil se puede prevenir es lo que puede modificar el comportamiento de una mujer en cuanto a solicitar atención de la salud y a no dar de mamar a su bebé. Una embarazada que solo sabe que el VIH se puede pasar de la madre al hijo tendrá menos interés en averiguar su estado de infección que otra que también sabe que la transmisión puede evitarse.

En muchos países de América Latina y Caribe así como en otras regiones, la demanda de acciones preventivas ha logrado mejoras significativas en la provisión de servicios de salud para las embarazadas con infección por VIH. Tal demanda no puede generarse a no ser que la gente sepa que hay tratamientos y que los mismos pueden eficazmente reducir la transmisión del VIH a los recién nacidos.

3.5 Servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH

Preguntas clave

- ¿Existen políticas nacionales sobre la provisión de servicios de consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH en todos los distritos?
- ¿Se dispone ampliamente de servicios de consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH?
- ¿Se dispone de los medios necesarios (personal, locales, sistemas) para que los servicios funcionen según lo previsto?
- ¿Los servicios son de calidad?

Metas del programa

El ofrecimiento de consejería y pruebas de detección voluntarias es un elemento cada vez más importante de los programas de prevención y atención al paciente. Hay algunos estudios limitados en los que se ha mostrado que las personas que han optado por recibir consejería y hacerse el examen de detección en algo cambian su comportamiento, y esto debería contribuir a disminuir la tasa de diseminación del VIH. También se cree que la disponibilidad de servicios de consejería y pruebas voluntarias es un factor que ayuda a disminuir el estigma del VIH y a motivar a la comunidad a dar apoyo y atención a los afectados. Quizás lo más importante sea que, donde existen, los servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección facilitan el acceso temprano a los servicios médicos, de apoyo social y otra atención pertinente para las personas infectadas por el VIH.

Muchos programas nacionales de SIDA están tratando de aumentar la disponibilidad y calidad de los servicios de consejería y pruebas voluntarias por medio de la capacitación de consejeros y del suministro de los insumos necesarios, por ejemplo, para los exámenes de detección.

En los países donde se está haciendo un esfuerzo para reducir la transmisión maternoinfantil, existe un interés especial en proporcionar consejería y pruebas de detección voluntarias a las embarazadas. Este aspecto de la programación se trata en la sección sobre la transmisión de la madre al hijo.

Dificultades de la medición

En la consejería, más que en ningún otro elemento de la provisión de servicios, la calidad determina los resultados. La consejería de mala calidad puede desembocar en interpretaciones erróneas e incluso en resistencia a los cambios. Por lo demás, hay pruebas circunstanciales que señalan que la consejería de mala calidad no es inusual. No obstante, es extremadamente difícil evaluar la calidad de dichos servicios. Dado que la confidencialidad es un componente indispensable de la consejería, es muy difícil llevar a cabo estudios de observación, aunque no imposible.

Los estudios con investigadores simulados (actuando de pacientes) y las entrevistas a los clientes a la salida del servicio son algunas maneras de evaluar la calidad de la consejería; en particular, los primeros podrían servir para evitar algunos problemas propios de la observación. Por ejemplo, los consejeros o personal de salud podrían proporcionar servicios o tipos de consejería diferente durante la atención de rutina que durante un ejercicio observado. Los investigadores de incógnito deben recibir capacitación, además de apoyo y retroalimentación continuados. Asimismo, estos pseudoclientes deben seguir las mismas pautas que se aplican para la eva-

luación de la atención de las enfermedades de transmisión sexual por ejemplo, se pone a la clínica sobre aviso y se obtiene autorización para usar pseudoclientes por un período preestablecido. Por último, los resultados de la observación deben utilizarse para mejorar la calidad del trabajo del consejero, pero no para tomar medidas punitivas. Debe hacerse hincapié en esto en todos los servicios y sus gerentes y personal.

La confidencialidad también afecta otras medidas de resultado e impacto, como la proporción de clientes cuyos exámenes son positivos y que son referidos correctamente a servicios de atención y apoyo; también afecta la proporción de clientes que recibe tales servicios.

Por medio de algunos estudios especiales se ha hecho seguimiento de exclientes para determinar la magnitud del cambio de comportamiento. Este tipo de estudio tiende a presentar sesgos por el grado de abandono del seguimiento y por lo complejo de su ejecución, y rara vez será parte de un sistema rutinario de monitoreo y evaluación.

La demanda de pruebas de detección del VIH es difícil de medir. En una encuesta, las preguntas sobre la disposición de un individuo a hacerse la prueba normalmente obtienen una tasa alta de respuestas positivas. No obstante, cuando se ofrece consejería y exámenes gratuitos a la misma población, la demanda es normalmente baja. La única manera fidedigna de medir la demanda es por medio de estudios de utilización de los servicios e incluso esos tendrán sesgos como resultado de la oferta, las percepciones sobre el carácter confidencial y la calidad de la consejería, y los servicios disponibles para las personas con resultados positivos en el examen de detección (o, por el contrario, por el grado de estigma que se encuentre en los servicios).

Otra dificultad que se presenta para evaluar el progreso en la oferta de servicios de consejería y pruebas voluntarias se relaciona con la muestra de proveedores del servicio que participará en el ejercicio. Si bien en un número cada vez mayor de países se cuenta con centros de dedicación exclusiva a la consejería y pruebas de detección, una proporción grande de estas se llevan a cabo en clínicas privadas o consultorios médicos. El hecho de que los exámenes de detección tengan por objeto el diagnóstico no reduce la necesidad de proveer consejería antes y después de la prueba, de que ella sea confidencial y de contar con otros elementos de calidad de los servicios.

Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 1 Población que solicita hacerse la prueba del VIH, recibe la prueba y los resultados

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Indicador adicional en grupos de población con comportamientos de alto riesgo en epidemias concentradas. Se recomienda en zonas donde los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias se promueven activamente

Definición

Porcentaje de personas de 15 a 49 años de edad entrevistadas que *en algún momento de su vida* solicitó voluntariamente hacerse una prueba de detección del VIH, se hizo la prueba y recibió los resultados. Se recomienda que los datos se obtengan para quienes solicitaron la prueba del VIH, se la hicieron y recibieron los resultados en *los últimos 12 meses*

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); y encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

La cobertura de los servicios de consejería y pruebas voluntarias de calidad afectará significativamente la posibilidad de lograr los tres objetivos más importantes relacionados con dichos servicios, a saber: servir de punto de entrada a los servicios de atención y apoyo; promover la adopción de comportamientos de menor riesgo, e interrumpir el círculo vicioso generado por el silencio y el estigma.

El indicador tiene por objeto dar una idea de la cobertura de los servicios de detección del VIH entre la población general y del porcentaje de personas que conoce su estado de infección. Se puede usar también entre grupos de población con comportamiento de alto riesgo que son objeto de la promoción de los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias. Cuando el indicador se refiere a grupos con comportamientos de alto riesgo, el numerador debe incluir solo a los individuos que solicitaron hacerse la prueba y recibieron sus resultados en *los últimos 12 meses.*

Al desglosar el indicador en sus diversas partes (por ejemplo, las personas que solicitaron hacerse la prueba y lo lograron, pero no recibieron nunca los resultados) puede obtenerse información sobre carencias de la provisión y calidad de los servicios de atención. Los datos sobre las personas que no vuelven a buscar sus resultados o conocen los mismos pueden servir, por ejemplo, para ver el grado de estigma y el rechazo a conocer el propio estado de infección, dada la falta de opciones de atención.

¿Cómo se mide?

Tanto entre la población general como entre grupos especiales, las personas entrevistadas deben contestar si alguna vez han solicitado un examen de detección del VIH, si lograron hacérselo y, en caso afirmativo, si recibieron los resultados. Aquellas personas que alguna vez solicitaron la prueba y recibieron sus resultados constituyen el numerador. El denominador está dado por todas las personas entrevistadas.

Las preguntas del cuestionario van precedidas de la siguiente afirmación: “No quiero saber el resultado del examen...” Al igual que con la mayoría de los indicadores, los resultados deben presentarse por componente y por sexo. Además de contar con la información sobre la cobertura de los servicios de consejería y prueba de detección voluntarias a lo largo del tiempo, sería útil obtener el porcentaje de la población estudiada que ha recibido la prueba y los resultados *en los últimos 12 meses,* ya que esta es una medida temporal más sensible.

Ventajas y desventajas

La pregunta de la encuesta es específica en cuanto a que la prueba debe haberla solicitado la persona

entrevistada. En muchos casos, la gente puede suponer que su sangre se ha sometido al examen de detección del VIH en distintas circunstancias, por ejemplo, al donar sangre, solicitar seguros o para la vigilancia en las clínicas de atención prenatal. Tales pruebas no son voluntarias y, por lo tanto, deberán excluirse del numerador del indicador. Tampoco se incluyen las pruebas realizadas como diagnóstico, ya sea que tengan consentimiento del cliente o no, y aun cuando este haya recibido los resultados. Estas pruebas no reflejan la cobertura ni la demanda de los exámenes de detección. Tampoco toman en cuenta el énfasis en el carácter "voluntario" que se desea para la prueba de detección del VIH. Por tal razón, las preguntas de la encuesta deben especificar que esta se hizo a solicitud del cliente.

En muchos países se habrá ofrecido el examen de detección a un gran número de personas que habrá aceptado hacérselo en un centro de atención de la salud. Para formarse una idea de la proporción de personas que conocen su estado de infección (al margen de quién haya solicitado el examen), habrá que obtener información sobre las personas a quienes se ofreció la prueba, aceptaron hacérsela y recibieron los resultados.

El indicador sirve para tener una idea del aumento de la cobertura de los servicios que satisfacen la demanda de exámenes de detección. No obstante, no se limita a los servicios de detección y consejería que cuentan con consejeros capacitados y, por lo tanto, puede incluir pruebas solicitadas por médicos particulares que no proporcionan servicios de consejería, necesariamente.

En zonas donde el estigma que rodea la infección por VIH es alto, habrá personas que en la entrevista no quieran admitir que se han hecho una prueba de detección, dado que podría interpretarse como que tienen miedo de estar infectadas. Esto es aún mas cierto cuando la pregunta forma parte de un cuestionario sobre comportamientos de riesgo. Por otra parte, en los países donde la prueba haya sido objeto de mucha promoción como un "acto responsable", algunas personas dirán que se han hecho la prueba aun cuando esto no sea cierto. A pesar de estos sesgos, el indicador es útil para formarse una idea aproximada de la proporción de personas que podría querer saber su estado de infección.

Si el indicador se ajusta de modo que indique el porcentaje de personas encuestadas que solicitó y se hizo la prueba y recibió los resultados *en los últimos 12 meses,* la medición reflejará cambios más recientes en los servicios de detección del VIH, conocimiento de la población sobre las pruebas de detección y disposición a hacerse el examen. Las personas expuestas al VIH más de una vez a lo largo de su vida deberán repetirse el examen. Sin embargo, cabe señalar que en condiciones de alta prevalencia y buena cobertura de las pruebas de detección, las tendencias del indicador, a corto plazo, podrían verse afectadas por el hecho de que las personas que ya han tenido resultado positivo en el examen no volverán a hacérselo en el futuro.

El “haberse hecho la prueba alguna vez" da una medida menos sensible de las tendencias recientes de la demanda de exámenes de detección que cuando se precisa mejor el período, por ejemplo, “en los últimos 12 meses”. No obstante servirá para medir la cobertura global de los servicios que ofrecen pruebas de detección.

En las epidemias de bajo nivel y en las concentradas, el indicador probablemente registre proporciones muy bajas entre la población general. Sin embargo, puede ser eficaz si se usa en las encuestas de comportamiento entre grupos con alto riesgo de infección.

Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 2
Distritos con servicios de consejería y pruebas voluntarias

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Definición

Porcentaje de distritos (o unidades geográficas o político-administrativas) que cuentan con por lo menos un centro con personal capacitado para dar servicios especializados de consejería sobre el VIH y exámenes de detección gratuitos o a precios accesibles

Instrumentos de medición

No se requiere un instrumento específico

¿Qué mide?

Esta es otra medida de cobertura con la cual se mide más específicamente la cobertura de servicios especializados de consejería y pruebas de detección voluntarias.

¿Cómo se mide?

En primer lugar, se elabora una lista de todas las instituciones que ofrecen servicios de consejería por medio de consejeros capacitados y pruebas de detección del VIH. Para ello, se utilizan informantes clave y los registros de capacitación de consejeros del sistema de salud. Dado que el propósito es obtener una idea de la accesibilidad de los servicios de consejería y pruebas, habrá que incluir todos los servicios especializados, públicos, privados y no gubernamentales, que están al alcance de la mayor parte de la población general. Entre ellos se incluyen los servicios de consejería y pruebas voluntarias integrados a hospitales o la atención primaria. No obstante, pueden excluirse los servicios que atienden una clientela especial, como las clínicas de atención prenatal y las de infecciones de transmisión sexual.

El precio constituye un componente importante de la accesibilidad y, por lo tanto, debe tenerse en cuenta al formular el indicador. Se recomienda que la fórmula incluya el precio de los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias que no cuesten más de medio jornal (diario) o la mitad del producto nacional bruto per cápita por día, calculado con base en la paridad del poder adquisitivo. Los precios "bajos" o "accesibles" pueden variar de un distrito a otro, por lo cual se deberán ajustar las mediciones.

Otro criterio es que el personal que dé la consejería esté efectivamente capacitado. En los países donde haya estándares mínimos respecto a la capacitación de dicho personal, quienes den la consejería deberán cumplir tales requisitos.

Las instituciones que cumplan con los criterios de provisión de servicios, personal capacitado y precios, se sitúan en un mapa del distrito o unidad político-administrativa. El indicador es el porcentaje de los distritos del país que cuentan con por lo menos una institución que cumple con los criterios. Considerando que los distritos (u otras unidades) normalmente se definen según el tamaño de su población, no es necesario ponderar el indicador.

Ventajas y desventajas

El indicador da una idea aproximada de la cobertura de los servicios de consejería y pruebas voluntarias. Sirve para seguir los cambios a lo largo del tiempo, a medida que el programa nacional trata de aumentar los servicios para satisfacer las necesidades de una epidemia generalizada. Cuando la cobertura alcanza un determinado nivel ya es improbable que vuelva a disminuir, y el indicador pasa a ser obsoleto.

Una gran desventaja de este indicador es que no toma en cuenta el tamaño de la epidemia (y por lo tanto, la necesidad real de servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias). No sirve en las epidemias de bajo nivel ni en las concentradas, ya que los servicios de consejería y pruebas voluntarias en esos casos serán más eficientes si se destinan a satisfacer las necesidades de las poblaciones con comportamientos de riesgo más alto que lo normal.

Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 3 Consejería de calidad después de una prueba de detección del VIH

Indicador fundamental en los países que promueven consejería y pruebas de detección voluntarias de detección del VIH

Definición

Porcentaje de sesiones de consejería después de una prueba de VIH en instituciones de consejería y pruebas voluntarias que cumplen con estándares internacionales de calidad

Instrumentos de medición

Protocolo de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias

¿Qué mide?

La calidad es un elemento fundamental de la eficacia de la consejería. Muchos programas han hecho grandes esfuerzos por mejorar la calidad de sus servicios de consejería, a menudo, por medio de la capacitación intensiva de personal de consejería. El indicador mide hasta qué punto tales esfuerzos han redundado en servicios de consejería de calidad, y se obtiene por medio de la observación de sesiones de consejería después de la prueba de detección. Se utiliza una lista de verificación para elaborar un sistema de puntos para evaluar la calidad, e incluye aspectos relativos a relaciones interpersonales, capacidad de obtener información del cliente, de proporcionar información completa y correcta al cliente, de conversar sobre las circunstancias personales y notificación de la pareja, de subrayar los mensajes de prevención, de referir a servicios de atención y apoyo (cuando corresponda) y otros elementos de la consejería.

¿Cómo se mide?

Con base en una encuesta de las instituciones que dan servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias, se observa un total de tres a cinco sesiones de consejería posterior a las pruebas voluntarias de detección del VIH en cada institución. Se observa a distintos consejeros, si corresponde. Las destrezas del consejero se califican con base en una lista de verificación estandarizada que incluye los elementos mínimos de calidad que debe tener un servicio de consejería posterior a la prueba de detección.

Ventajas y desventajas

El indicador se basa en la observación de las sesiones de consejería. Los estudios de observación toman tiempo, y los consejeros pueden cambiar su práctica de rutina en las sesiones observadas sólo por la presencia del observador. Un aspecto clave de la observación de sesiones de consejería posterior a la prueba es la confidencialidad; se debe obtener la aprobación del cliente antes de la sesión observada. Otra opción, en vez de la observación directa, es grabar la sesión para llevar a cabo una evaluación anónima a posteriori. Con esto se puede reducir la resistencia a participar en el ejercicio tanto de parte del consejero como del cliente. También se mejora la eficiencia en cuanto al tiempo que toma y permite verificar las diferencias de puntuación entre diversos evaluadores. De todas maneras, ambos métodos tienen aspectos éticos y de confidencialidad de la información que es necesario tratar. No debe grabarse ninguna sesión a no ser que se cuente con procedimientos para obtener el consentimiento informado de los participantes y con la capacidad de mantener el carácter confidencial de la sesión.

El indicador solo se refiere a la consejería posterior a la prueba, si bien se reconoce que la calidad de la consejería anterior a la prueba también es importante para determinar las necesidades del cliente, ayudarlo a tomar decisiones acerca de la prueba de detección y a prepararlo para recibir los resultados.

Debe darse importancia a la evaluación de la calidad de los servicios de consejería anteriores a la prueba como parte de la gestión y mejoramiento de los servicios de consejería y pruebas voluntarias. No obstante, debido a que el tiempo y los recursos para llevar a cabo estudios de observación probablemente sean limitados, el monitoreo y la evaluación de rutina deberán concentrarse en la consejería posterior al examen de detección. Dado que la calidad en gran medida está determinada por atributos del consejero (destrezas, conocimiento y dedicación), es probable que la evaluación de la consejería anterior y posterior tengan una correlación alta, aunque siempre habrá el sesgo inherente al hecho de que muchos clientes no vuelven a buscar los resultados de los exámenes.

Al igual que en el caso de otros indicadores compuestos, el mejoramiento de algunos aspectos encubrirá el deterioro de otros. Los gerentes de programa deberán analizar los resultados separadamente según elemento (área de habilidad) de la consejería y desempeño, de modo de determinar las debilidades y mejorar los programas de capacitación.

Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 4
Centros de consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH que cuentan con las condiciones mínimas para proveer servicios de calidad

Indicador fundamental en los países que promueven consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH

Definición

El porcentaje de clientes atendidos en servicios de consejería y pruebas voluntarias que satisfacen las condiciones mínimas necesarias para ofrecer consejería y pruebas de detección de calidad

Instrumentos de medición

Protocolo de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias

¿Qué mide?

En muchos países los servicios de consejería y pruebas voluntarias están a cargo de organizaciones no gubernamentales y de la comunidad que no cuentan con recursos ni condiciones o se han convertido en corolario de la atención de salud que da el sector privado. Muchos carecen de las instalaciones mínimas necesarias para dar consejería de calidad, como un cuarto privado o suministro eléctrico que permita guardar adecuadamente el espécimen mientras no se someta al examen.

Este indicador mide la proporción de proveedores de consejería y pruebas de detección voluntarias que cuentan con las instalaciones mínimas para dar servicios de consejería de calidad. Considerando que los sitios se ponderan según el volumen de clientela que atienden, el indicador se presenta como porcentaje de los clientes atendidos en servicios que cumplen con las condiciones requeridas.

¿Cómo se mide?

Se selecciona una muestra aleatoria de los servicios de consejería y pruebas de detección (que incluya organizaciones no gubernamentales, clínicas privadas y médicos particulares) para determinar si tienen los elementos estructurales necesarios para dar servicios de consejería y pruebas de calidad. Estos incluyen personal capacitado, condiciones privadas para la consejería, sistemas para mantener el carácter confidencial de la información, una guía o listado de los servicios de referencia y condiciones adecuadas de control de calidad para mantener los especímenes.

El número de puntos que obtenga cada sitio seleccionado en la muestra aleatoria recibe una ponderación de acuerdo con el número de clientes que en él se atiende. El indicador es el número de clientes atendidos en el último año en sitios que tienen la capacidad de dar servicios de consejería y pruebas voluntarias de calidad. El denominador es el número total de clientes atendidos en el último año en todos los sitios de la muestra.

Ventajas y desventajas

Este indicador mide algunas características necesarias pero no suficientes para garantizar la provisión de servicios de consejería de calidad. El porcentaje de clientes atendidos en una institución que cumple con las condiciones necesarias para dar servicios de consejería de calidad probablemente refleje también otros factores, como el acceso, disponibilidad de exámenes de detección del VIH o experiencias positivas de otros clientes o miembros de la comunidad atendidos en el centro. Es inevitable que un indicador que mide calidad refleje una serie de variables relacionadas con el entorno. El objetivo del indicador es proporcionar un marco de referencia para caracterizar algunas metas y normas aceptadas.

Una dificultad potencial que se presenta al elaborar este indicador es que los lugares cuyos registros médicos no se han mantenido bien podría no conocer su carga total de clientes, por lo cual no será posible usar el indicador ponderado según la carga de atención. Es posible elaborar un indicador como

porcentaje simple, es decir, el porcentaje de instalaciones estudiadas que cuentan con las condiciones mínimas para dar un servicio adecuado. No obstante, debido a que las malas condiciones en un centro pequeño con poca clientela es relativamente menos importante que las malas condiciones en instalaciones más grandes con una clientela mayor, debería aplicarse el cálculo ponderado siempre que sea posible. (En realidad, podría haber una correlación fuerte entre las condiciones de la atención y la carga de casos: podría ser que la poca clientela se deba a las malas condiciones de la atención).

Con el fin de usarlos para la planificación y al igual que en el caso de otros indicadores compuestos, probablemente sea necesario presentar separadamente la información sobre distintos elementos. También podría ser útil desglosar este indicador según clase de proveedor (organización no gubernamental, hospital, clínica privada u otro).

Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 5 Laboratorios que se ciñen a protocolos de calidad para realizar pruebas voluntarias de detección del VIH

Indicador adicional en los países que promueven consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH

Definición

Porcentaje de pruebas de VIH solicitadas por centros de consejería y pruebas voluntarias que siguen el algoritmo recomendado durante un período de un mes

Instrumentos de medición

Recomendaciones de la OMS para seleccionar y utilizar las pruebas de detección de anticuerpos al VIH; protocolo de sangre segura de MEASURE (véase la sección de laboratorios para el tamizaje de la sangre)

¿Qué mide?

A medida que en los países se amplía el acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias del VIH, se ha hecho más hincapié en la capacitación de consejeros. En algunas partes se ha puesto menos atención en las acciones para garantizar que los resultados de los exámenes propiamente tales sean un reflejo real del estado serológico del cliente. Este es un elemento de importancia vital en los servicios de consejería y pruebas voluntarias, donde la gente se informa de su estado de infección. Las consecuencias de dar información errónea con respecto a un resultado positivo o negativo en la prueba de detección pueden ser horrendas, tanto para el individuo sometido al examen como para sus parejas sexuales. Por esta razón, los protocolos recomendados para los exámenes administrados a personas que van a recibir sus resultados son más rigurosos que los que se utilizan para la vigilancia o el tamizaje de la sangre.

Si bien actualmente la sensibilidad y especificidad de los reactivos para las pruebas de VIH son muy altas, no hay pruebas infalibles; esta afirmación es especialmente cierta en las pruebas cuyo precio facilita su compra en grandes cantidades para su utilización en centros como los de consejería y pruebas de detección voluntarias. La OMS ha elaborado protocolos que han sido aceptados en varios países para reducir al mínimo el riesgo de que alguien reciba un resultado incorrecto de una prueba de VIH. Estos protocolos establecen algoritmos para re-examinar muestras utilizando distintos tipos de test. Se requiere un mínimo de dos pruebas antes de informar a la persona de su estado de infección. Cuando las dos primeras pruebas no coinciden, es necesario examinar la muestra con otros tipos de tests de laboratorio para confirmar el resultado.

Este indicador mide el grado en que tales algoritmos se aplican en los laboratorios que realizan pruebas de detección del VIH para los centros de consejería y pruebas voluntarias de detección.

¿Cómo se mide?

Se realiza una revisión retrospectiva de los registros del laboratorio que procesa los especímenes enviados por los centros de consejería y pruebas de detección voluntarias. El análisis se hace sobre todas las muestras procesadas durante un período predeterminado de un mes, transcurrido antes de la revisión. Se examina si los algoritmos se han aplicado correctamente según las recomendaciones nacionales o internacionales (en otras palabras, si las muestras se someten a otros tipos de pruebas para eliminar los resultados falsos positivos y falsos negativos siempre que sea posible).

El marco de la muestra dependerá del programa nacional. En algunos países cuyas instalaciones son de carácter centralizado o limitado, la revisión se llevará a cabo en todos los centros pertinentes donde se somete a prueba los especímenes de la consejería y pruebas voluntarias. En los países con programas más grandes, podrá revisarse una muestra de los registros de los centros de atención estratificados según ubicación urbana o rural.

Ventajas y desventajas

Este indicador tiene la ventaja de poderse elaborar de manera relativamente sencilla.

La mayor desventaja es que solo mide un aspecto de la calidad de los laboratorios. Sea cual sea el número de repeticiones de la prueba, la calidad de los resultados que se den a los clientes no mejorará si los procedimientos del laboratorio siguen siendo incorrectos. La limpieza mal hecha de los instrumentos o el uso repetido de equipo sencillo (por ejemplo, las pipetas) puede comprometer la calidad de las pruebas que se realizan, al margen de que su objeto sea la vigilancia, el diagnóstico o la consejería y pruebas voluntarias.

Se espera que en todos los países donde se promueve la consejería y pruebas voluntarias de detección cuenten con pautas nacionales para el control de calidad en los laboratorios, como la repetición de los exámenes en una proporción de las muestras en un laboratorio de referencia que utilice pruebas como "patrón de oro". Se puede obtener mayor información sobre los procedimientos de control de calidad en el protocolo para realizar las pruebas de seguridad de la sangre.

3.6 Transmisión maternoinfantil

Metas del Programa

Si bien solo recientemente han aparecido las intervenciones que reducen la transmisión del VIH de la madre a su hijo, incluso en los países industrializados, actualmente hay esquemas de tratamiento con fármacos que son más cortos, sencillos y baratos y, a la vez, eficaces para reducir este tipo de transmisión. Estas intervenciones están logrando mayor alcance también en los países en desarrollo. Por ejemplo, investigaciones recientes han mostrado que cuando se administra una dosis oral única del fármaco nevirapina, que es relativamente barato, a una mujer infectada, durante el trabajo de parto, y a su bebé durante los primeros tres días de vida, se obtienen resultados similares a los del tratamiento acortado con AZT. No obstante, aún los esquemas de tratamiento más baratos son caros en relación con el gasto per cápita en salud de muchos países, de modo que es importante hacer un monitoreo y evaluación cautelosos de las intervenciones para reducir la transmisión del VIH de la madre a su hijo.

Las estrategias para reducir la transmisión maternoinfantil por lo general comienzan por la prevención primaria de la infección por VIH entre las mujeres que podrían quedar embarazadas. Solo cuando fracasa la estrategia de prevención y la mujer sexualmente activa en edad de procrear se infecta con el VIH, entran en juego las otras estrategias.

También es necesario considerar las opciones reproductivas. Las mujeres que están contemplando quedar embarazadas deben recibir información sobre las consecuencias de un embarazo en presencia de una infección por VIH y la recomendación de realizarse una prueba voluntaria de detección del virus y recibir la consejería correspondiente. Las mujeres con pruebas positivas deberán recibir consejería en más profundidad sobre las repercusiones de un embarazo y el uso de anticonceptivos apropiados.

Las mujeres infectadas que queden embarazadas pueden tener diferentes opciones si saben su estado de infección, por lo cual es esencial dar servicios de prueba y consejería voluntarios y confidenciales como parte de los programas destinados a reducir la transmisión maternoinfantil del VIH. Una vez que la mujer embarazada conoce su estado de infección hay dos estrategias principales y complementarias de prevención. La primera consiste en la administración de medicamentos antirretrovirales durante las últimas semanas de embarazo o en el período alrededor del parto y la otra, en evitar lactar al bebé. Esta última puede aplicarse sin la primera y, de hecho, puede prevenir incluso la mitad de las infecciones debidas a la transmisión vertical. Aparentemente, la administración de tratamiento antirretroviral seguida de amamantamiento también podría reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH, por lo menos en el caso de las mujeres que dan de mamar solamente por los primeros seis meses de vida del bebé. Recientemente se ha visto que cuando se administra tratamiento a la madre justo antes del parto y a la madre y el hijo inmediatamente después del nacimiento, se reduce la transmisión vertical aún entre las mujeres que lactan al bebé exclusivamente por tres meses y luego destetan. A medida que se van validando nuevos métodos de prevención, los programas deberán prepararse para hacer el monitoreo de la entrega y disponibilidad de servicios y la evaluación de sus resultados.

Preguntas clave

- ¿Se cuenta con políticas nacionales para incorporar la prevención de la transmisión maternoinfantil en los servicios de atención prenatal?
- ¿Las mujeres embarazadas se atienden en el sistema de salud?
- ¿Los programas tienen la capacidad de dar consejería de calidad y servicios de pruebas de detección del VIH a todas las mujeres que quieran hacérselas?
- ¿Los programas tienen la capacidad de distribuir medicamentos, sustitutivos de la leche materna a las mujeres infectadas por el VIH?

Aspectos de la medición

Los indicadores de provisión de servicios en relación con la transmisión maternoinfantil idealmente deben cubrir los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias para la embarazada, la disponibilidad y accesibilidad económica del tratamiento con AZT durante el embarazo, las recomendaciones a la madre sobre la alimentación del bebé y la disponibilidad y accesibilidad económica de los sustitutivos de la leche materna. Sin embargo, al momento de publicar este documento no se había seleccionado ni validado un conjunto de indicadores estándar.

Es necesario considerar los insumos al evaluar los productos. Por ejemplo, la consejería sobre la administración de antirretrovirales durante el embarazo no tiene mayor valor si el tratamiento no se encuentra disponible o no está al alcance de las mujeres afectadas.

Al igual que en los servicios regulares de consejería y pruebas voluntarias, la calidad de los servicios de consejería constituye un componente importante de la evaluación de los servicios de prevención para las mujeres embarazadas e infectadas. Estos son aspectos complejos que afectan el carácter confidencial de la relación con la pareja, la prevención futura y decisiones sobre la fecundidad y la alimentación del bebé. El último elemento también incluye la consideración de recursos y la exposición potencial a la enfermedad (del bebé) y a la estigmatización (de la madre).

El carácter confidencial de la información es un factor importante que hace aún más difícil la elaboración de indicadores. Por ejemplo, el porcentaje de madres infectadas por el VIH que no está dando de mamar puede ser un buen indicador del éxito de un programa de prevención de la transmisión vertical; no obstante, en muchas situaciones será prácticamente imposible obtener datos para medir el indicador.

Los indicadores de impacto en este ámbito de la prevención son muy difíciles de obtener y, a no ser que se utilicen pruebas de PCR o LCR, que son prohibitivas, las pruebas de detección del VIH en el recién nacido (prueba de anticuerpos por ELISA) no sirven para determinar su estado de infección. Además, alrededor de la mitad de la transmisión vertical en los países en desarrollo se da después del parto, es decir, por la lactancia. Sería casi imposible para cualquier sistema de vigilancia de rutina hacer el seguimiento. En muchos países, especialmente los que ya tenían altas tasas de mortalidad en la niñez antes de la epidemia del VIH y que cuentan con sistemas de registros de eventos vitales deficientes, los indicadores de mortalidad infantil y de la niñez no son suficientemente específicos para detectar cambios en las tasas de mortalidad asociadas con el VIH.

En muchos países, las intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil son muy pocas. Es obvio que las opciones de monitoreo y evaluación en este campo, como en cualquier otro, dependen de las metas del programa. Vale decir, si no hay muchos servicios para reducir la transmisión de la madre al hijo, es mejor utilizar los recursos del monitoreo y la evaluación para detectar cambios en otros componentes del programa que sean más fuertes.

Indicador de transmisión maternoinfantil No. 1
Mujeres embarazadas que han recibido consejería y pruebas de VIH

Indicador fundamental en los países con epidemias generalizadas y estrategias para reducir la transmisión vertical del VIH

Definición

Porcentaje de mujeres que recibieron consejería durante la atención prenatal durante su embarazo más reciente, que aceptaron hacerse la prueba de detección del VIH y recibieron los resultados, sobre el total de mujeres embarazadas que hayan estado embarazadas en algún momento en los dos años anteriores a la encuesta

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA

¿Qué mide?

Las principales intervenciones para reducir la transmisión de la infección de madre a hijo descansan en el conocimiento del estado de infección de la persona. El conocer el estado de infección durante el embarazo puede afectar también las posibilidades de reproducción futuras de la mujer. Idealmente las mujeres deberían llegar a saber su propio estado de infección por medio de los servicios de consejería y pruebas voluntarias antes de quedar embarazadas, sin embargo, hay gran distancia entre lo ideal y la realidad. En la práctica, muchas mujeres solo tienen la oportunidad de conocer su estado de infección cuando acuden a una clínica de atención prenatal, donde se ofrece el servicio como parte y antes de ofrecer intervenciones para reducir la transmisión maternoinfantil.

Son varios los pasos que tienen que dar las mujeres antes de llegar a conocer su estado de infección durante la atención prenatal. En primer lugar, tienen que ir al servicio prenatal. A continuación reciben consejería y se les ofrece la prueba de detección del VIH; luego aceptan hacerse la prueba y, por último, tienen que volver a recibir los resultados del examen y participar en una sesión de consejería posterior a la prueba. Solo después de todos estos pasos la mujer estará en capacidad de tomar decisiones con respecto al tratamiento o la alimentación del bebé.

El indicador que se presenta aquí mide el porcentaje de mujeres que, en un embarazo reciente, completaron todos los pasos descritos en el párrafo anterior. Los datos se obtienen por medio de una encuesta de la población general, de modo que el indicador da una idea de la cobertura de los servicios de consejería y pruebas de detección que forman parte de la atención prenatal en todo el país y no solo en los servicios piloto.

¿Cómo se mide?

Como parte de una encuesta de población general, se pregunta a las mujeres la fecha de nacimiento de su hijo menor y si recibieron atención prenatal durante ese embarazo. En caso afirmativo se les pregunta si el personal de salud les habló de la infección por VIH y si se les ofreció la oportunidad de hacerse el examen de detección de VIH de manera confidencial. Si la respuesta es positiva se les pregunta si aceptaron hacerse la prueba y si recibieron los resultados. Las preguntas siempre van precedidas de la afirmación de parte de quien administra las preguntas de que no hay ningún interés en conocer el resultado de la prueba.

Con el objeto de medir tendencias, se elimina del análisis a las mujeres cuyo último parto fue hace más de 2 años. El indicador corresponde al número de mujeres que en los últimos 2 años recibió consejería y ofrecimiento de hacerse pruebas voluntarias de detección del VIH como parte de la atención prenatal antes de su parto más reciente y recibió los resultados de la prueba sobre el número total de mujeres entrevistadas.

Ventajas y desventajas

Esta es una medida amplia de la provisión de servicios que sirve para tener una idea de la cobertura a escala nacional. Sin embargo, pocos países tendrán los recursos para establecer servicios de consejería y pruebas voluntarias para las mujeres embarazadas en la totalidad del país. Los países que den servicios prenatales a las mujeres embarazadas e infectadas por el VIH por lo general empezarán por proyectos piloto en algunas clínicas de atención prenatal. Aun cuando todas las mujeres que se atiendan en clínicas prenatales reciban consejería y a todas se ofrezca la prueba de detección, el indicador se mantendrá bajo por un cierto tiempo. Este indicador debe utilizarse conjuntamente con el Indicador No. 2 de Transmisión Maternoinfantil.

En su calidad de indicador resumen, este no tiene por objeto diagnosticar en qué punto del servicio las mujeres abandonan la atención. A los efectos del programa, será importante determinar si una puntuación baja en este indicador se debe a que la asistencia inicial a los servicios es baja, a que a las mujeres que van al servicio no se les ofrece la prueba, a que rechazan la prueba cuando se les ofrece o a que no vuelven a buscar los resultados. Cada uno de estos puntos de abandono tiene consecuencias diferentes para la programación y todas pueden calcularse con los datos obtenidos para este indicador. Este indicador tampoco tiene por objeto medir la calidad de la consejería ni otros elementos de la cobertura de los servicios.

Indicador de transmisión maternoinfantil No. 2
Clínicas de atención prenatal que ofrecen consejería y pruebas de VIH voluntarias o refieren a las mujeres a dichos servicios

Indicador fundamental en los países con estrategias de reducción de la transmisión vertical del VIH

Definición

Porcentaje de clientes de las clínicas de atención prenatal que se atienden en clínicas que ofrecen servicios de consejería y pruebas de detección del VIH con personal adiestrado o que derivan a servicios de esa naturaleza

Instrumentos de medición

Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH; instrumento de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias

¿Qué mide?

El indicador anterior sirve para obtener una idea de la cobertura de los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias que se ofrecen a las mujeres embarazadas. Este indicador, el No. 2, permite tener una idea de la proporción de clínicas públicas de atención prenatal de un país que ofrecen los servicios, es decir, de hasta qué punto los programas nacionales han podido ampliar los servicios que empezaron como proyectos piloto. Debería reflejar los esfuerzos realizados para extender los servicios dirigidos a las embarazadas de manera más rápida que la medida con base en la población, que resulta del indicador No. 1 de transmisión maternoinfantil.

¿Cómo se mide?

Por medio de una encuesta de establecimientos de salud, se selecciona aleatoriamente una muestra de clínicas públicas de atención prenatal que se han de visitar. En estas se lleva a cabo una serie de entrevistas y análisis de los registros para determinar si el personal de la institución ha recibido consejería y si en la clínica se aconseja corrientemente a los clientes con respecto a la infección por VIH durante el embarazo y si se ofrece la prueba de detección del VIH con consejería posterior a la prueba o si se deriva a los clientes a buenos servicios ofrecidos fuera de la clínica. Se debe registrar el número de clientes que se atiende en la clínica anualmente.

El indicador se pondera según el volumen de la clientela: el número de clientes que durante el año anterior se atendió en clínicas que ofrecen servicios de detección del VIH y consejería por personal adiestrado (o que derivan a otros servicios), dividido por el número total de mujeres que se atendieron en las clínicas de atención prenatal durante el año anterior.

Ventajas y desventajas

Las clínicas privadas a menudo toman la delantera al ofrecer intervenciones a la mujer embarazada e infectada por el VIH que puede pagar los servicios. Dado que tales intervenciones son relativamente caras, la meta del programa nacional es extender esos servicios a las mujeres con menos recursos económicos en las instituciones del sector público. Por lo tanto, se recomienda que este indicador se utilice solo para medir los servicios de las clínicas del sector público. No obstante los países que están tratando de aumentar el adiestramiento relacionado con la consejería en las clínicas de atención prenatal del sector privado o entre las parteras tradicionales, pueden incluir tales servicios en el indicador.

Idealmente el indicador deberá incluir todos los servicios públicos de atención prenatal del país. Dado que esto suele no ser lo más práctico, se seleccionará una muestra. Sin embargo, por lo general, las clínicas dan consejería a todas sus clientes o no cuentan con el servicio, de modo que el perfil de las clínicas seleccionadas en la muestra tendrán un efecto potencial enorme en el indicador, lo cual podría complicar el análisis comparativo a lo largo del tiempo.

Este indicador es más útil en los países en que activamente se está ampliando la cobertura de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil. Un aumento constante de este indicador probablemente refleje una expansión constante de los servicios. No obstante, cuando es necesario obtener una muestra de los servicios, el indicador probablemente demorará en mostrar los avances.

Indicador de transmisión maternoinfantil No. 3
Consejería de calidad sobre el VIH para las mujeres embarazadas

Indicador adicional para los países con estrategias de reducción de la transmisión vertical del VIH

Definición

Porcentaje de sesiones de consejería posterior a la prueba dirigidas a clientes de servicios de atención prenatal que ofrecen consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH que cumplen con estándares internacionales de calidad, incluidos los servicios de derivación en los casos necesarios

Instrumentos de medición

Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH; guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias

¿Qué mide?

La consejería y pruebas que se ofrecen en el ámbito de la atención prenatal son distintos de servicios similares que se ofrecen en centros de consejería y pruebas voluntarias, específicamente porque en los primeros las mujeres no han tomado una decisión consciente de hacerse el examen de detección. Es probable que estas mujeres sepan poco o nada sobre el VIH y que nunca hayan pensado hacerse la prueba ni en las repercusiones de ello. Otra diferencia es que la orientación y pruebas ofrecidas en el ámbito de la atención prenatal debería estar asociada a intervenciones concretas que tengan el potencial de beneficiar de inmediato a la mujer y el producto de su embarazo. De esto surgen muchos elementos muy complejos. Por ejemplo, ¿cómo puede aconsejarse a una mujer infectada por el VIH que tiene el riesgo adicional de ser expulsada de su hogar si al no amamantar a su bebé se descubre su estado de infección? Al ofrecer ampliamente consejería y pruebas voluntarias a las embarazadas es muy difícil imaginar que se pueda contar con los recursos para dedicar consejeros para dar consejería antes y después de la prueba a todas las mujeres que se atienden en las clínicas de atención prenatal. Es probable que la mayor parte de la carga adicional de consejería la tenga que asumir el personal del servicio rutinario después de haber recibido capacitación especial sobre el VIH.

Este indicador, que tiene su base en la observación de las sesiones de consejería posterior a la prueba, se obtiene de aplicar una lista de verificación para crear una evaluación de la calidad que incluye destrezas personales, obtención de información de la cliente, discusión del tratamiento, opciones de alimentación para el bebé, circunstancias personales y notificación de la pareja y otros aspectos de la consejería. Es indispensable que las intervenciones dirigidas a proteger al bebé de la infección no ignoren el bienestar de la madre. Un aspecto importante de la orientación sobre el VIH para la embarazada infectada es la derivación a servicios de atención y apoyo para mejorar su propia salud y bienestar.

¿Cómo se mide?

Como parte de una encuesta de servicios de salud que se lleve a cabo en las clínicas de atención prenatal que ofrecen servicios de consejería y pruebas voluntarias a mujeres embarazadas se observa de tres a cinco sesiones de consejería después de la prueba en cada clínica. La consejería recibe una puntuación con base en la lista de verificación de los aspectos que constituyen el estándar mínimo de calidad de consejería posterior a la prueba de detección del VIH en el ámbito de la atención prenatal. La lista de verificación es parecida a la que se usa para el Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 4, e incluye además aspectos específicos relacionados con la atención prenatal, como la discusión de los riesgos y las formas de transmisión vertical del VIH, el uso adecuado del tratamiento antirretroviral, sus ventajas y desventajas, y otros temas relacionados con la lactancia y otras opciones alimentarias. También se

evalúa a los consejeros por su discusión del carácter confidencial de los servicios, opciones en cuanto a reproducción, derivación a servicios que proveen anticonceptivos y a servicios de atención y apoyo para la mujer embarazada e infectada con el VIH.

Ventajas y desventajas

Este indicador tiene las mismas ventajas y desventajas de otros indicadores relacionados con la consejería. Los estudios de observación toman tiempo y el desempeño de los consejeros puede desviarse de la práctica lo corriente sólo por causa del observador. La confidencialidad es una consideración fundamental en los estudios de observación de la consejería posterior a la prueba, por lo cual habrá que obtener el consentimiento de la cliente antes de observar la sesión. La experiencia ha mostrado que los propios consejeros a menudo no quieren ser observados. Como opción a la observación directa, pueden grabarse las sesiones para luego analizarlas de manera anónima. Con esto podría reducirse la aversión de consejeros y clientes a participar en el ejercicio, la evaluación se hace más eficiente y permite analizar la variación de la puntuación de los diversos evaluadores.

El indicador sólo mide la consejería posterior a la prueba, pero se reconoce que la calidad de la consejería antes de la prueba es especialmente importante en el ámbito de la atención prenatal, ya que muchas mujeres no habrán contemplado anteriormente hacerse la prueba de detección del VIH y tendrán poca o ninguna información sobre la transmisión maternoinfantil del VIH y los métodos que podrán prevenirla. No obstante la práctica actual de la consejería antes de la prueba es muy variable, y abarca tanto sesiones de grupo en las que la información se proporciona por medio de vídeos, como sesiones individuales. Por lo tanto, sería muy difícil encontrar un método de evaluación estandarizado para este servicio. Por otra parte, los resultados de la prueba y, por lo menos parte de la consejería posterior a ella, siempre deben incluir una relación privada entre el consejero y la cliente o la pareja.

Al igual que todos los indicadores compuestos, éste junta información que también puede proporcionarse de manera separada para aumentar la eficacia de la gerencia y la programación.

Indicador de transmisión maternoinfantil No. 4 Porcentaje de mujeres infectadas por el VIH que recibe tratamiento antirretroviral durante el embarazo

Indicador adicional en los países que ofrecen tratamiento antirretroviral

Definición

Porcentaje de mujeres atendidas en el último año en servicios prenatales seleccionados, y cuyos resultados de la prueba de detección del VIH son positivos, que recibieron un curso completo de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH de acuerdo con pautas nacionales o internacionales

Instrumentos de medición

Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

¿Qué mide?

La administración de un curso de tratamiento antirretroviral es un paso importante de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (aunque no es el último, puesto que probablemente haya que adoptar formas de alimentación diferentes después del parto). Este indicador sirve para obtener una idea de la proporción de mujeres con resultados positivos a las pruebas de detección del VIH que recibió un curso completo de tratamiento antirretroviral. Las mujeres que forman parte del indicador se hicieron la prueba de detección durante el embarazo, en clínicas de atención prenatal que ofrecen servicios de prevención.

¿Cómo se mide?

Como parte de una encuesta de establecimientos de atención prenatal que ofrecen servicios preventivos, se analizan los registros de las pacientes y los resultados de las pruebas de detección del VIH en un establecimiento. Forman parte del numerador las mujeres con pruebas de VIH positivas que cuando vuelven a buscar sus resultados reciben un curso completo de tratamiento antirretroviral (y tratamiento para el recién nacido) según lo indica el protocolo nacional aprobado (o las pautas de la OMS). El denominador está constituido por todas las mujeres con pruebas positivas, al margen de que hayan vuelto a buscar sus resultados.

Ventajas y desventajas

La mayor desventaja de este indicador es que no sirve para medir el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. A no ser que el tratamiento se administre de manera supervisada, como el Tratamiento [de tuberculosis] Acortado Estrictamente Observado (TAES DOTS en inglés), no será posible verificar el cumplimiento como parte del monitoreo y la evaluación. No obstante, se sabe que los medicamentos que se proveen no equivalen necesariamente a los que se consumen, y las diferencias pueden ir en cualquier sentido. Una vez que la mujer recibe los medicamentos, los pueden vender o regalar o no consumirlos debido a razones varias. Por otra parte, los establecimientos que no cuentan con existencias de medicamentos antirretrovirales podrían prescribirlos para que la paciente reciba los medicamentos prescritos en otro lugar.

No entran en el indicador las clínicas privadas que prescriben recetas, pero parten de la base que los fármacos se comprarán individualmente, a pesar de que estos establecimientos podrían constituir la mayor parte de los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil por varios años.

La investigación relacionada con la prevención de la transmisión maternoinfantil continúa, y es posible que las recomendaciones sobre el tratamiento preventivo se modifiquen rápidamente en los próximos años. En consecuencia, la pregunta obvia es qué tratamiento se debe incluir en el cálculo de este indicador. Se recomienda que el tratamiento que actualmente cuenta con la aprobación de las pautas nacionales constituya la base del cálculo de provisión de terapia, aun cuando las pautas internacionales ya hayan cambiado. En los lugares donde no haya pautas nacionales, se utilizarán las normas internacionales aprobadas por ONUSIDA, UNICEF y OMS.

3.7 Negociación de las relaciones sexuales y actitudes

Metas del programa

Los comportamientos sexuales de las personas están parcialmente dictados por sus actitudes y las de la sociedad a la que pertenecen. Por ejemplo, si está generalizada la creencia de que los hombres necesitan muchas parejas sexuales para mantenerse saludables, los mensajes que promuevan solo la monogamia no tendrán muchas posibilidades de lograr cambios. Por otra parte, si se considera a la mujer como propiedad de la familia, se paga por ella con una dote a cambio de que dé servicios sexuales y de reproducción a su marido, los mensajes que tienen por objeto que la mujer use condones con su marido no tendrán mayores resultados.

Para que las campañas que promueven el comportamiento sexual de menor riesgo sean eficaces, debe haber primero una clara comprensión de estas normas y creencias. Muchos programas nacionales de SIDA tienen por objeto cambiar estas actitudes en el largo plazo y crear un ambiente en el cual las relaciones sexuales de menor riesgo puedan venderse al público. Dado que las normas sociales por lo general están muy arraigadas en la población de edad mayor, algunos programas dirigen sus esfuerzos a la gente joven, cuyas actitudes pueden influenciarse más fácilmente y cuyos comportamientos no se han implantado aún.

Preguntas clave

- ¿Hay legislación que proteja los derechos de la mujer?
- ¿Tienen las mujeres algún poder de negociación en materia?
- ¿Pueden las mujeres negarse a tener relaciones sexuales o exigir el uso del condón?

Dificultades de la medición

Las normas sociales pueden ser parte de la cultura, de un grupo religioso o de una cohorte de edad. Es extremadamente difícil definir las actitudes que influyen sobre el comportamiento sexual de la misma manera en todas las culturas y, por lo tanto, es difícil construir indicadores válidos universalmente.

Las actitudes son amorfas; influyen sobre el comportamiento, pero son más difíciles de medir que este. Es más fácil obtener una respuesta directa a la pregunta "¿alguna vez ha...? que a ¿Ud. cree...?" La respuesta a la segunda pregunta casi siempre incluye un componente de "Según...". En general, los métodos de investigación cualitativa son mejores que los cuantitativos para medir las actitudes. No obstante, la medición cualitativa por lo general no sirve para evaluar tendencias temporales.

A pesar de estos obstáculos, es posible definir algunas actitudes fundamentales que influyen en el comportamiento sexual en todas las culturas. La percepción exacta de la gente sobre el condón puede variar, pero todas podrán mostrar la disposición a usarlo o no usarlo en una situación determinada. La relación entre hombres y mujeres varía de una cultura a otra, pero los criterios morales que se aplican de manera diferente a ambos sexos en cuanto al comportamiento sexual son un elemento bastante constante que puede estudiarse en muchos y diversos ambientes. Cabe tener en cuenta que no vale la pena estudiar las actitudes relacionadas con el equilibrio del poder si es que no se está haciendo algo para tratar de cambiar tales actitudes.

Indicador de negociación sexual No. 1
Capacidad de las mujeres de negociar las relaciones sexuales de menor riesgo con sus maridos

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de personas entrevistadas que cree que en los casos que el marido tenga una infección de transmisión sexual, la mujer puede negarse a tener relaciones sexuales con él o proponerle que use condón, sobre el total de personas de 15 a 49 años de edad que hayan oído hablar de las ITS, entrevistadas como parte de una encuesta con base en la población

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA

¿Qué mide?

Este indicador tiene por objeto medir la percepción del público acerca del poder de negociación sexual de la mujer. Se limita a las normas que rigen en la relación matrimonial, que en algunas culturas define el universo sexual de la mujer. Al especificar que el marido tiene una infección de transmisión sexual, el indicador mide las actitudes hacia la mujer que le permiten protegerse de un factor de riesgo conocido que el marido trae a la relación.

¿Cómo se mide?

El indicador tiene su base en el planteamiento de una pregunta hipotética a personas entrevistadas en una encuesta. Se pide tanto a hombres como mujeres que contesten una pregunta acerca de que la mujer pueda negarse a tener relaciones sexuales con su marido si él tiene una ITS, o si puede pedirle que use condón. La pregunta debe ser más directa en estos casos y no solo referirse a "si una mujer puede protegerse". En el pasado, las respuestas han sido de que la mujer sí puede protegerse, pero al ir más allá las mismas indican que la mujer puede tomar medicamentos a ese efecto. Esta respuesta no tiene nada que ver con el poder de negociación, y por lo tanto ahora se elimina de la pregunta.

Ventajas y desventajas

Este indicador es útil donde se sabe que los derechos de la mujer en torno a la relación sexual son pocos, y donde se está haciendo un esfuerzo para aumentar el potencial de la mujer de protegerse a sí misma en situaciones de riesgo conocidas. La obtención de una puntuación baja en este indicador puede ser un elemento poderoso para la abogacía.

Algunas experiencias anteriores con preguntas más amplias (como ¿es aceptable que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su marido?) han sido difíciles de interpretar. Esto se debe a que hay situaciones en las que es culturalmente aceptable e, incluso, propuesto por la sociedad, que las mujeres se nieguen a tener relaciones sexuales, por ejemplo, durante un cierto número de semanas o meses después del parto o durante la menstruación. Es posible que se obtengan respuestas afirmativas en estos casos en la encuesta, pero eso no significa que la mujer tenga la capacidad de negociar sus relaciones sexuales con el marido en otras circunstancias.

3.8 Comportamiento sexual

Metas del programa

El promover los comportamientos sexuales más seguros probablemente ha sido hasta ahora el aspecto más importante de la planificación de los programas nacionales de SIDA. Con ello se pretende postergar la edad de la primera relación sexual entre los jóvenes y promover las parejas vitalicias y monógamas. No obstante, teniendo en cuenta que en muchos casos este tipo de pareja es la excepción y no la regla, los programas también buscan estimular la reducción del número total de compañeros sexuales y el uso de condones, especialmente fuera de la pareja matrimonial.

No es tarea fácil lograr cambios en los comportamientos sexuales. Además, en algunas zonas de alta prevalencia del VIH, existe la idea de que la mayoría de los adultos sexualmente activos que tienen algún comportamiento de riesgo ya están infectados, es decir, que la población adulta está ya "saturada" de infección por VIH. Por lo tanto, la atención se está volcando cada vez más hacia la juventud, que aún no se ha iniciado en su vida sexual o la está recién comenzando.

Se piensa que es más fácil establecer normas de comportamiento de menor riesgo entre la gente joven a una edad temprana que tratar de cambiar las conductas peligrosas entre la gente mayor. Debido al hincapié en los comportamientos de los jóvenes, se presenta un conjunto de indicadores complementarios para la relación sexual de ese grupo de edad.

Preguntas clave

- ¿Cómo se manifiesta y en qué grado la combinación de comportamientos sexuales en la población? (o, ¿quién se acuesta con quién?)
- ¿En qué grado se dan las relaciones sexuales sin protección? (o, ¿quién usa condón y con quién?)

Aspectos de la medición

Es indispensable medir los cambios en el comportamiento sexual para poder hacer el monitoreo y evaluar los programas nacionales de control del VIH/SIDA y las ITS. De hecho, los indicadores de comportamiento sexual y uso de condón probablemente sean los más importantes del monitoreo de los programas de prevención del VIH y la evaluación de su éxito.

Se ha avanzado mucho más de lo que se esperaba hace 10 años con respeto a medir el comportamiento sexual, ya que se pensaba entonces que la gente nunca contestaría francamente las preguntas sobre su vida sexual. En muchos países ya se ha demostrado que la gente responde a las preguntas sobre relaciones sexuales y las tendencias que surgen de esas respuestas concuerdan con otras pruebas, como la venta de condones y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual. No obstante, la situación puede aún mejorar más. En estudios estandarizados, especialmente las mujeres suelen informar las relaciones sexuales extramatrimoniales en un menor número que el real. La recolección de datos cualitativos da mejores resultados, pero es poco práctica en gran escala y no permite construir los indicadores que requiere el monitoreo y la evaluación.

Quizás lo más complejo de medir en cuanto al comportamiento sexual es cómo filtrar las relaciones para lograr una idea del grado de riesgo que conllevan. Esta pregunta apremia cada vez más a medida que aumenta la prevalencia del VIH en la población general y empieza a borrarse la línea que separa las parejas sexuales de “alto riesgo”, como son los trabajadores sexuales, de las de “menor riesgo”, como los cónyuges. El tema de interés central no es el número de parejas, si no la red de parejas sexuales, lo cual es prácticamente imposible analizar con indicadores sencillos.

Hasta la fecha, la manera más común de dividir las relaciones entre alto y bajo riesgo ha sido por medio de medidas temporales simples, por ejemplo: una relación sexual (extramatrimonial) que haya durado o se espere que dure más de un año se clasifica como "regular" (habitual); otro tipo de relación, en consecuencia, se clasifica como "no regular" (no habitual).

Cada vez más se piensa que una definición de "no habitual" definida como tal por su duración no capta adecuadamente el grado de riesgo propio de una relación de pareja. Por ejemplo, muchos hombres podrían considerar que una relación sexual con una trabajadora del sexo a la que visitan de manera frecuente constituye una "pareja constante", a pesar de que sin duda representa un riesgo más alto que una esposa fiel.

En consecuencia, se propone que las relaciones se clasifiquen sobre la base de cohabitación y matrimonio. Las relaciones sexuales con una pareja con la cual no se comparte la morada o extramatrimoniales se clasifican con un riesgo mayor que la relación con una pareja cohabitante, al margen de la duración de la relación. Esta definición tiene la ventaja de tener la misma validez para todas las edades.

Los datos sobre el comportamiento sexual son un pilar central del sistema de monitoreo y evaluación y deben usarse lo más posible para informar y explicar las tendencias observadas por medio de la vigilancia del VIH y las ITS. Teniendo esto en cuenta, la selección de muestras para grandes encuestas de comportamiento sexual debe hacerse en relación con las zonas de cobertura de los sitios centinela del VIH.

También es necesario tener presente la frecuencia de las encuestas de comportamiento sexual, dado que si no se plantea un cambio radical y significativo en la programación a este efecto, el comportamiento sexual no mostrará mayor cambio entre la población adulta en un año ni dos. Sin embargo, entre los jóvenes podrían surgir nuevas tendencias de comportamiento, especialmente si se destinan más recursos a crear comportamientos seguros entre este grupo de población.

Indicador de comportamiento sexual No. 1
Relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior

(Indicador de prevención No. 4 de OMS/PMS, modificado)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Proporción de personas entrevistadas que hayan tenido relaciones sexuales con una pareja extramatrimonial o con la cual no comparten la morada en los últimos 12 meses sobre el total de personas entrevistadas que manifiestan haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

La diseminación del VIH surge de las relaciones sexuales sin protección que tienen otras parejas sexuales. Si bien muchas relaciones monógamas se dan entre parejas que comparten la morada, lo opuesto no es necesariamente cierto. Las parejas que no viven juntas, que tienen relaciones sexuales esporádicamente, son las que tienen más probabilidades de tener otros compañeros sexuales durante el año. Este tipo de pareja tiene un riesgo más alto de contagiar el VIH que las que no participan en una red sexual más amplia. Los programas de prevención del SIDA tratan de prevenir las relaciones sexuales con muchas parejas y de promover la monogamia. Este indicador tiene por objeto obtener un panorama de la proporción de la población que forma parejas de mayor riesgo y que, por lo tanto, están más expuestos a las redes sexuales en las que puede circular el VIH.

¿Cómo se mide?

Se pregunta a las personas entrevistadas acerca de su estado civil y las tres parejas sexuales más recientes durante los últimos 12 meses. Para cada pareja se preguntan detalles sobre cohabitación y duración de la relación, uso de condones y otros elementos. El numerador está constituido por las personas que responden que en los últimos 12 meses han tenido relaciones sexuales extramatrimoniales o con personas con las que no comparten la morada. El denominador lo constituyen todas las personas entrevistadas que notifican que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses.

Los hombres polígamos que conviven con varias esposas no entran en el numerador a no ser que también hayan tenido relaciones sexuales con mujeres con las cuales no viven.

Ventajas y desventajas

Este indicador da un panorama del grado en que se dan las relaciones sexuales que no son monógamas. Si la gente corta sus relaciones sexuales con parejas extramatrimoniales, el indicador captará el cambio. No obstante, si solo se disminuye el número de parejas extramatrimoniales de siete a una, el indicador no mostrará el cambio, aun cuando potencialmente este podría tener un efecto significativo en la difusión epidémica del VIH y podría, de hecho, ser un éxito del programa.

Con el indicador se propone una definición de relación sexual de alto riesgo diferente de lo que se ha usado corrientemente en el pasado, especialmente en el cálculo del Indicador de prevención No. 4 de la OMS/PMS (IP4). Este último utilizaba una definición temporal de relación sexual regular o no regular que es la descrita en párrafos anteriores, lo cual representa una dificultad en la interpretación de los datos de tendencias en el caso de los países que obtenían datos para el IP4. No obstante, este no es un obstáculo insalvable. El instrumento de recolección de datos que se propone permite calcular simultáneamente el antiguo IP4 y el Indicador de Comportamiento Sexual No. 1. En la práctica, los datos que han permitido comparar ambos indicadores han mostrado solo pequeñas diferencias. El cambio se propone en gran parte porque los países no estaban satisfechos con el IP4, debido a que la mayoría de las personas entrevistadas tenían dificultades para comprender las definiciones de parejas regulares y no regulares.

Indicador de comportamiento sexual No. 2
Uso de condón en la última relación sexual de mayor riesgo

(Indicador de Prevención No. 5 de la OMS/PMS, modificado)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de personas entrevistadas que dice que usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja extramatrimonial o con la cual no comparte la morada, sobre el total de personas que tuvieron relaciones sexuales de ese tipo durante los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

Si todas las personas que tienen relaciones sexuales con parejas extramatrimoniales o con las cuales no cohabitan usaran condón cada vez que lo hacen, la epidemia del VIH transmitida por las relaciones heterosexuales no tendría manera de mantenerse. Aun cuando los programas de SIDA traten de reducir el número de parejas ocasionales, deben también promover el uso del condón en los casos en que se mantiene ese tipo de relación, si se ha de lograr resultados en la reducción de la epidemia. Este indicador mide los cambios relacionados con el uso de condones en las relaciones sexuales ocasionales.

¿Cómo se mide?

Para cada una de las parejas de los últimos 12 meses mencionadas por la persona entrevistada habrá que preguntar si se usó condón la última vez que la pareja tuvo relaciones. Habrá otras preguntas que clasifiquen a los compañeros sexuales como cohabitante o no cohabitante. Todas las personas que notifiquen haber tenido durante los pasados 12 meses por lo menos una pareja extramatrimonial o con la cual no cohabitan forman parte del denominador (es decir, son las que constituyen el numerador en el Indicador de Comportamiento Sexual No. 1). El numerador está dado por las personas del denominador que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con la pareja mas reciente extramatrimonial o con la cual no cohabitan.

Ventajas y desventajas

El incremento de este indicador es una señal muy fuerte de que las campañas de promoción del uso del condón están logrando el efecto deseado en la clientela principal a la cual están dirigidas.

Dado que las campañas de uso de condón aspiran a que se llegue al uso corriente del preservativo con parejas ocasionales más que a su uso esporádico, en algunas encuestas se ha tratado de preguntar directamente acerca del uso rutinario, a menudo por la integración de calificadores como siempre/a veces/nunca a la pregunta. Esta táctica puede tener utilidad en las encuestas de grupos específicos de la población, pero puede incorporar sesgos de memoria y otros, y no es suficientemente fidedigno para las encuestas de población general. Al preguntar sobre la relación sexual más reciente con una pareja con la cual no se comparte la morada, se reduce al mínimo el sesgo relacionado con la memoria y se obtiene un buen panorama transversal del grado en que se usa el condón. Se reconoce que el uso rutinario de condones es una meta importante, pero, inevitablemente, si aumenta el uso rutinario el indicador manifestará también un aumento.

Indicador de comportamiento sexual No. 3
Relaciones sexuales comerciales en el último año

Indicador fundamental en las epidemias concentradas

Indicador adicional en las epidemias generalizadas con poblaciones definidas de trabajadoras sexuales

Definición

Proporción de hombres que informan haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales en el último año

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuestas de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

En las epidemias concentradas, el intercambio sexual entre la población general y los diversos grupos que tienen altas posibilidades de estar infectados es de gran interés. En las epidemias concentradas de carácter heterosexual, el punto focal inicial de la infección se encuentra entre las trabajadoras sexuales y sus clientes. Estos últimos pasan la infección a sus esposas y novias en la población general y también a otras trabajadoras sexuales. En tales situaciones, los programas de SIDA a menudo tratan de reducir la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y de aumentar el uso del condón en esas circunstancias. El indicador mide el avance hacia el primer objetivo.

¿Cómo se mide?

Este indicador solo debe usarse en los países con poblaciones de trabajadoras sexuales bien definidas (véase más adelante). En las encuestas de población general o en encuestas especiales de grupos de hombres que se ajustan a la descripción de clientes de trabajadoras sexuales (por ejemplo, militares, camioneros), se pregunta directamente a los hombres si han tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales en los últimos 12 meses.

Si bien puede haber diversos tipos de trabajadoras sexuales en un país determinado, cada uno con su propio grado de riesgo, habrá que combinar todos los grupos en un solo indicador de relaciones sexuales comerciales para efectos del monitoreo y la evaluación.

El indicador corresponde al número de hombres que señala haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual en los últimos 12 meses, sobre el total de hombres entrevistados.

En el pasado, algunos países incluyeron en el denominador de este indicador sólo a los hombres sexualmente activos (y no para todos los entrevistados). Con el fin de mantener las tendencias temporales, se recomienda seguir calculando el indicador con los hombres sexualmente activos, pero obtener la información del nuevo indicador incluyendo a todos los hombres, paralelamente al modelo anterior y por varios años.

Ventajas y desventajas

Este indicador es útil en las epidemias heterosexuales concentradas en países donde las relaciones sexuales comerciales (especialmente la que tiene su base en prostíbulos) son comunes, y donde la "trabajadora sexual" cumple una función bien definida. Por lo tanto, es probable que este indicador se use en aquellos lugares donde la relación sexual comercial ha tenido un papel preponderante en la epidemiología del VIH, como es el caso de muchos países asiáticos.

Algunas experiencias relacionadas con obtener y analizar información con una definición de sexo comercial más amplia (por ejemplo, ¿ha pagado o recibido pago o regalos a cambio de relaciones sexuales?) no han dado información útil. Para efectos de la epidemia, las trabajadoras sexuales son de interés debido a que tienen muchas parejas en poco tiempo y, por lo tanto, gran probabilidad de exponerse a la infección y transmitirla a otros. En

muchas culturas esto pasa solo en una fracción de la gente "que ha recibido dinero o regalos a cambio de relaciones sexuales". Si no hubiese una expresión local específica para referirse a la prostitución, probablemente este indicador no sería pertinente al programa correspondiente y no debería usarse.

El indicador tampoco tiene mucha utilidad en las epidemias de prevalencia muy alta, dado que la diferencia en el riesgo asociado con la relación sexual comercial, en comparación con otra pareja ocasional, no será significativa.

Es posible construir un indicador similar para los clientes de trabajadores sexuales hombres para las encuestas especiales dirigidas a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Indicador de comportamiento sexual No. 4
Uso de condón en la relación sexual comercial más reciente, información del cliente

Indicador fundamental en las epidemias concentradas

Indicador adicional en las epidemias generalizadas con poblaciones definidas de trabajadoras sexuales

Definición

Proporción de hombres que informan haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una trabajadora sexual en los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

Este indicador da una idea del éxito o fracaso de las campañas realizadas para aumentar el uso de condones entre los clientes de las trabajadoras comerciales del sexo. Mide el uso de condones entre los hombres cuando tienen relaciones sexuales que ellos definen como comerciales.

¿Cómo se mide?

Al igual que en el indicador anterior, este solo es pertinente en los lugares donde el comercio sexual o prostitución está bien definido. Por lo general, en las encuestas de población o las dirigidas específicamente a grupos de hombres que constituye normalmente la clientela de las trabajadoras del sexo (militares, camioneros y otros), se pregunta a los hombres si han tenido relaciones sexuales con una trabajadora del sexo en los últimos 12 meses. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta si en la última relación sexual de ese tipo usaron condón.

El indicador es el número de hombres que informa haber usado condón en la relación sexual más reciente con una trabajadora del sexo, dividida por todos los hombres que dijeron haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo en los últimos 12 meses.

Ventajas y desventajas

Este indicador es de gran valor para determinar el éxito de programas importantes destinado a promover el uso de condón en las relaciones sexuales comerciales.

Gran parte de los programas de SIDA tratan de aumentar el uso rutinario de condones en las relaciones sexuales comerciales. En las encuestas de los clientes de trabajadoras sexuales una pregunta que siempre querrá hacerse es si la persona usó condón siempre, a veces o nunca en este tipo de relación durante los últimos 12 meses. No obstante, la respuesta "siempre" representa mucha presión. Al preguntar por una situación en particular, reciente, podría obtenerse una medida más exacta del grado de uso de condón en las relaciones sexuales comerciales. Por lo tanto, este indicador será la medida fundamental. No obstante, se recomienda que los programas que destinan recursos de la prevención a aumentar el uso de condones en las relaciones sexuales comerciales, construyan su propio indicador para obtener el grado de constancia en que se usa esta medida preventiva. Cuando se hagan ambas preguntas, la primera deberá ser "la última vez que tuvo relaciones sexuales comerciales...", seguida de "siempre, a veces, nunca...".

Cuando haya diversas poblaciones de trabajadoras sexuales entre las que se perciban diferentes grados de riesgo (por ejemplo, las de prostíbulos tendrían mayor riesgo que las meseras de bares), se puede obtener la información clasificada por categorías de trabajadoras sexuales. Esta información sería importante para la programación. Por ejemplo, los hombres pueden informar niveles altos de uso de condón, constantemente, en los prostíbulos, e indi-

car que con las mujeres de bares esta práctica es mucho menor. Esto podría estar anticipando un cambio en la prevalencia de la infección de un grupo a otro. Al elaborar el indicador, solo deberá tomarse en cuenta la pareja comercial, de cualquier tipo, más reciente.

Se puede preparar un indicador similar para los clientes de trabajadores sexuales hombres para hacer encuestas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Indicador de comportamiento sexual No. 5
Uso de condón en la relación sexual comercial más reciente, información de la trabajadora sexual

Indicador adicional en las epidemias concentradas y de bajo nivel con poblaciones definidas de trabajadoras sexuales

Definición

Porcentaje de trabajadoras sexuales que informan haber usado condón con su cliente más reciente, sobre el total de trabajadoras sexuales entrevistadas que hayan tenido clientes en los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (trabajadoras sexuales)

¿Qué mide?

Este indicador mide el éxito de las campañas destinadas a promover el uso del condón en las relaciones sexuales comerciales según informan las propias trabajadoras sexuales. Si bien muchas encuestas y el indicador anterior obtienen datos de los clientes de las trabajadoras del sexo, este indicador está dirigido a los hombres y mujeres que trabajan dando servicios sexuales. Si se obtienen conjuntamente con la información proporcionada por los clientes, este indicador servirá para validar el grado de comercio sexual y de uso de condón. En lugares donde el comercio sexual sufre de un estigma poderoso, los clientes podrían dudar de informar francamente sobre sus relaciones sexuales comerciales. Asimismo, los clientes podrían querer dar la respuesta "correcta" y afirmar que sí usaron condón en la relación sexual más reciente especialmente donde los programas hayan hecho hincapié en este modo de protección para las relaciones sexuales comerciales y otras. Este indicador busca obtener la respuesta de las trabajadoras sexuales, quienes podrían no tener la misma motivación para responder según lo que se espera que sea socialmente correcto y ofrecer así otro panorama sobre este tema.

¿Cómo se mide?

Se mide por medio de encuestas especiales dirigidas a trabajadoras sexuales a quienes se pregunta si usaron condón con su cliente más reciente. El indicador es el número de trabajadoras sexuales que afirman haber usado condón con el cliente más reciente, sobre el total de trabajadoras sexuales entrevistadas que tuvieron relaciones con clientes en los últimos 12 meses.

Ventajas y desventajas

La meta de gran parte de los programas de SIDA que tienen actividades dirigidas a la relación sexual comercial es aumentar el número de trabajadores sexuales que siempre usan condones y que así se protegen de la infección por VIH. Al igual que con los clientes, en las encuestas de trabajadores sexuales casi siempre se querrá saber si el condón se usa siempre, a veces o nunca. Nuevamente, existe mucha presión para que la respuesta sea "siempre" y, por lo tanto, al preguntar sobre la relación sexual más reciente se podría obtener una medida más exacta del uso de condón con los clientes. No obstante se recomienda que los programas que tengan recursos de prevención destinados a aumentar el uso de condones en las relaciones sexuales comerciales también pueden elaborar un indicador que mida la constancia del uso de condones en estas circunstancias. Cuando se hagan ambas preguntas, la primera deberá ser "la última vez que tuvo relaciones sexuales comerciales...", seguida de "siempre, a veces, nunca..."

La diferencia entre ambas preguntas puede dar información útil para la programación. Por ejemplo ¿qué proporción de las personas que contestan que usaron condón en la relación sexual más reciente respondieron también que no lo usaban corrientemente? De las trabajadoras sexuales que indicaron que "siempre" usaban condones con sus clientes, ¿alguna dijo que no lo había usado con cliente más reciente?

Dado que las trabajadoras sexuales tienen más clientes que a la inversa, es improbable que calce exactamente la información de ambas fuentes. Sin embargo, si ambos conjuntos de datos muestran tendencias en la misma dirección, se puede tener confianza en que esta información autonotificada se fortalecerá.

Se puede construir un indicador similar para los trabajadores sexuales hombres para encuestas destinadas a esos grupos.

Indicador de comportamiento sexual No. 6
Relaciones sexuales de alto riesgo entre hombres en el último año

Indicador fundamental en las epidemias concentradas y de bajo nivel

Definición

El porcentaje de hombres que haya tenido relaciones sexuales anales con más de una pareja masculina en los seis meses más recientes, sobre el total de hombres entrevistados que haya tenido relaciones sexuales con un hombre

Instrumentos de la medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)

¿Qué mide?

Sin lugar a duda la relación sexual anal es el comportamiento de mayor riesgo en cuanto a la transmisión del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La mayor parte de las intervenciones dirigidas a estos grupos tienen por objeto disminuir el número total de parejas sexuales y aumentar el uso del condón en todas las relaciones.

Este indicador se parece al Indicador de comportamiento sexual No. 1 en cuanto a que con él se espera medir el grado de exposición a las redes sexuales. Dado que en muchos países la cohabitación con parejas del mismo sexo es rara, esta medida distingue la cohabitación o la relación regular con una pareja y mira solamente la actividad sexual con parejas múltiples los últimos seis meses.

¿Cómo se mide?

El uso que se propone para este indicador es en encuestas especiales de hombres que tienen sexo con hombres. En una encuesta de comportamiento, usando una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta acerca de las parejas sexuales de los seis meses más recientes. En el caso de las parejas masculinas, se pregunta con cuántas tuvieron relaciones sexuales anales. Si la respuesta es más de una, el entrevistado pasa a ser parte del numerador de este indicador. El denominador corresponde a todos los entrevistados. Se parte de la base que la estrategia de muestreo se concentra en los hombres que probablemente sean sexualmente activos.

Cabe destacar que el período de referencia de este indicador es distinto de los anteriores. El período de referencia habitual para los indicadores de comportamiento sexual es de 12 meses. En este caso se usan seis meses, porque en la mayoría de las encuestas de vigilancia del comportamiento entre grupos específicos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, la estrategia de muestreo se concentra en zonas de paso y otras donde los hombres se juntan específicamente en busca de parejas masculinas. Esto significa que los participantes de la muestra probablemente se ubiquen en el riesgo más alto en la curva de comportamiento de riesgo, y que tengan un alto recambio de pareja. Sin duda, estos son los individuos de mayor interés para los programas de prevención del VIH.

Los grupos con un alto cambio de parejas difícilmente puedan recordar el número de parejas que hayan tenido en un año, que es el período de referencia que se usa normalmente con los indicadores de comportamiento sexual. En consecuencia, el período de referencia se reduce a seis meses para que la memoria de los eventos sea más exacta. Cuando una caracterización rápida indique que una proporción alta de los hombres de la muestra tienen alto grado de actividad sexual, puede seleccionarse un período de referencia de un mes para todos los indicadores de comportamiento sexual entre los hombres que tienen sexo con hombres.

Ventajas y desventajas

Al igual que en el caso de otras encuestas de grupos de población, hay dificultades en relación con la muestra y la extrapolación de los resultados; esto por su parte puede crear obstáculos al comparar indicadores entre países y a lo largo del tiempo.

Cada vez más en las encuestas de comportamiento sexual se pregunta específicamente acerca de las relaciones con las tres parejas más recientes. La mayoría de los indicadores de comportamiento sexual se elaboran con base en la información obtenida sobre las tres últimas parejas, con el fin de reducir al mínimo el sesgo de memoria. No obstante, esta no es una opción en el caso de este indicador, dado que no todas las parejas sexuales con las que se tuvieron relaciones anales necesariamente caen entre las tres parejas más recientes. Por lo tanto, esta medida puede ser objeto de un sesgo de memoria mayor que otros indicadores de comportamiento sexual.

En muchas sociedades los hombres que tienen sexo con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres. Por lo general, el riesgo de transmisión del VIH a través de la relación sexual anal entre hombres es más alto que el riesgo de transmisión vaginal en las relaciones heterosexuales. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres representan un "puente" importante entre un grupo de población de alto riesgo de infección por VIH y la población más general, cuyo riesgo de infección es menor. Con el fin de observar la conexión entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y la población heterosexual, los programas de los países donde la actividad bisexual es mas frecuente, probablemente querrán preguntar a los hombres acerca de sus parejas de ambos sexos. Sin embargo, la mayoría de los programas preventivos dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres se dirigen a disminuir el riesgo de la relación sexual entre hombres, y hacen poco hincapié en el comportamiento con parejas femeninas. Por lo tanto, no se recomienda que se incluya a las parejas femeninas en el cálculo de este indicador.

Indicador de comportamiento sexual No. 7
Uso de condón en la relación sexual anal más reciente entre hombres que tienen sexo con hombres

Indicador fundamental en las epidemias concentradas y de bajo nivel

Definición

Porcentaje de hombres o sus parejas que usaron condón en la relación sexual más reciente, sobre todos los hombres que tuvieron relaciones sexuales anales con hombres en los últimos seis meses

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen sexo con hombres)

¿Qué mide?

La intervención más usada entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es la promoción del uso del condón durante el coito anal. Este indicador mide cuánto ha aumentado la proporción de coitos anales que se llevan a cabo con protección para prevenir la transmisión del VIH. Se concentra en la relación sexual anal más reciente, por la misma razón aducida en torno al Indicador de comportamiento sexual No. 2. El indicador mide el uso de condón de parte de la pareja que penetra durante el coito anal más reciente, pero dado que se desconocen los detalles del coito, se pregunta si la persona entrevistada o su pareja usó condón.

¿Cómo se mide?

Este indicador sirve en los lugares donde se puede hacer encuestas de hombres que tienen sexo con hombres. En una encuesta de comportamiento sexual que se lleve a cabo con una muestra de hombres que tienen sexo con hombres, se pregunta a los entrevistados acerca de sus parejas sexuales en los seis meses anteriores, sobre el coito anal con esas parejas y sobre el uso de condón en el coito anal más reciente.

El numerador está dado por el número de hombres que responde que sí usó condón en el coito anal más reciente. El denominador está constituido por todos los hombres que indicaron que habían tenido coito anal *por lo menos una vez* en los últimos seis meses.

Ventajas y desventajas

Este indicador tiene los mismos problemas de memoria que el Indicador de comportamiento sexual No. 6. La mayor desventaja es que no distingue entre pareja regular y no regular, y que la información sobre el estado de infección probablemente no se sepa. Muchas parejas que conocen y tienen el mismo estado de infección optan por no usar condones con su pareja regular, siempre que utilicen condones en cualquier relación sexual con otra pareja, esto no representa un aumento del riesgo de transmisión a la pareja. En los lugares donde las parejas estables por lo general no usan condón, el indicador mostrará un grado de riesgo más alto que el que efectivamente existe.

No obstante, la definición de pareja "regular" en relación con los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres está cargada de problemas, especialmente en las poblaciones donde este tipo de relación sexual es clandestino. El uso de condón durante el coito anal más reciente con cualquier tipo de pareja probablemente dé una buena idea del uso general y tendencias de la relación sexual con protección y sin ella entre la población objeto de la encuesta.

Al igual que en el caso del Indicador de Comportamiento Sexual No. 6, este no señala el grado de comportamiento sexual de riesgo con parejas mujeres cuando hay hombres que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos. En los países donde es posible que los hombres del grupo de población entrevistado tengan relaciones con parejas de ambos sexos, deberá estudiarse el uso del condón con mujeres y hombres. En esos casos, los datos sobre el uso de condones deberán presentarse separadamente según el sexo de la pareja de que se trate.

3.9 Comportamiento sexual de los jóvenes

Metas del programa

Ya se ha descrito la importancia que tienen los jóvenes en el rumbo que tome en el futuro la epidemia del VIH. A medida que aumenta la prevalencia de la infección en las epidemias generalizadas, aumenta la probabilidad de encontrarse con una pareja infectada en una etapa temprana de la vida sexual. La importancia de crear comportamientos sexuales de menor riesgo entre los más jóvenes también aumenta. El éxito de los programas de prevención cada vez más se medirá con base en el éxito logrado al tratar de convencer a los jóvenes de que retrasen su iniciación a la vida sexual, que limiten su número de parejas sexuales (o el tipo de parejas que tengan o elijan) y que usen condones cuando tienen relaciones sexuales.

Preguntas clave

- ¿A qué edad inician los jóvenes su actividad sexual?
- ¿Cuán seguro es su comportamiento una vez que son sexualmente activos?
- ¿Existe una política nacional sobre promoción del uso de condones entre los escolares? ¿y entre los que no van a la escuela?

Aspectos de la medición

Una de las dificultades relacionadas con los indicadores de actividad sexual de los jóvenes se relaciona con la elección del grupo de edad más adecuado. El grupo que se elige con mayor frecuencia es el de 15 a 24 años de edad. No obstante, la pertinencia de esta selección puede variar significativamente de un país a otro. En muchos países donde la prevalencia del VIH es alta, una proporción importante de jóvenes ya es sexualmente activa antes de los 15 años de edad. En tales casos, las encuestas dirigidas a la gente joven deberán tomar muestras que incluyan menores de 15 años de edad. También hay bastante variación en la proporción de personas sexualmente activas en la sección de la población que se considera representativa de "juventud". Por lo tanto, la mayoría de los indicadores de comportamiento sexual entre los jóvenes deberán presentarse de manera separada para los menores de 15 años de edad (cuando corresponda) y para los de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad. También es posible que el rango de edades muestreadas en las encuestas de jóvenes varíe según el sexo en cada país. Al igual que con todos los indicadores de comportamiento sexual, los que se utilicen con los jóvenes deberán presentarse por separado para hombres y mujeres, aún cuando el grupo de edad seleccionado incluya los mismos años en ambos casos.

En el pasado ha habido dificultades en cuanto al monitoreo del comportamiento sexual de los jóvenes debido a la oposición presentada por padres, maestros y otros interesados que creen que las preguntas sobre el comportamiento sexual, según dijera un ministro de educación de un país de alta prevalencia del VIH, "no corresponden a esta cohorte". El monitoreo del comportamiento sexual de los jóvenes es parte fundamental del monitoreo y evaluación de los programas de prevención del VIH de los países con epidemias generalizadas. Sin embargo, los directores de programas deberán saber que estas actividades deben prepararse cuidadosamente, de modo que su objetivo sea claro y se reduzca al mínimo la oposición que pueda generarse.

También cabe prestar especial atención a la estrategia de selección de la muestra de jóvenes, dado que los que tienen mayor riesgo pueden estar fuera de los entornos convencionales que ponen a los jóvenes al alcance de la muestra, como es el sistema escolar. Las estrategias de muestreo pueden considerar algunos sitios donde se juntan los jóvenes que no van a la escuela, como clubes nocturnos o canchas de fútbol. También habrá que considerar los sitios donde puede haber mucha transmisión de la infección o donde transcurre la actividad sexual.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 1 Mediana de la edad de la primera relación sexual de los jóvenes de ambos sexos

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Definición

La edad a la cual la mitad de los hombres o mujeres de 15 a 24 años de edad (mediana de edad) tuvieron la primera relación sexual con penetración, sobre el total de jóvenes sujetos a la encuesta.

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Una meta programática importante en muchos lugares consiste en retrasar la edad en que los jóvenes inician su vida sexual. No hay duda de que los jóvenes se protegen de la infección por medio de la abstinencia. No obstante, hay pruebas de que cuando la primera relación sexual se produce a una edad más tardía también se reduce la susceptibilidad a la infección en cada acto sexual, por lo menos así es en el caso de las mujeres. Este indicador mide la edad a la cual la mitad de la población de adolescentes es sexualmente activa. Si el indicador muestra una tendencia hacia arriba, los programas que promueven la abstinencia entre los jóvenes están dando resultados.

¿Cómo se mide?

Este indicador se elabora con datos sobre el estado actual de virginidad de los jóvenes, *y no* con respuestas retrospectivas sobre la edad de inicio de la actividad sexual. En encuestas de hogar o estudios especiales sobre la juventud, se pregunta a los jóvenes si han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Se dibuja la curva de acuerdo al porcentaje que señala haber tenido relaciones sexuales en cada año de edad. La edad en la cual la curva pasa de 50% es la mediana de la edad de la primera relación sexual. En promedio, la gente que informa tener cierta edad será seis meses mayor de lo que indica. Por ejemplo, los que dicen que tienen 15 años de edad incluyen los que cumplieron 15 años el día de la encuesta hasta los que cumplirán 16 al día siguiente. Suponiendo que la distribución de la edad es pareja, en promedio tendrán 15,5 años de edad. Por lo tanto, habrá que agregar medio año a la edad exacta que se use en el cálculo de la mediana de la edad de la primera relación sexual.

Ventajas y desventajas

Debido a que el indicador se construye con base en una pregunta sobre el estado actual de virginidad, es sensible a cambios recientes en la edad de iniciación a la vida sexual. No obstante, el indicador propiamente tal da una idea de la distribución completa de las edades de inicio de la relación sexual. En algunos casos, por ejemplo cuando una proporción significativa de las niñas está expuesta a las relaciones sexuales a una edad muy temprana, es posible que sean los extremos de la curva, más que el centro, lo que más interese a quienes diseñan programas de prevención.

Con el fin de elaborar buenos indicadores con base en el método de "estado actual", es necesario tener muestras de buen tamaño para cada año de edad (de preferencia, por lo menos 100 individuos de cada año de edad, especialmente durante los años en que se espera que caiga la mediana).

La mayoría de los cuestionarios incluye también preguntas como "¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?" Estas respuestas *no* se utilizan para formular el indicador, porque excluyen a las personas que aún no se han iniciado en la vida sexual y, por lo tanto, tienden a sesgar la mediana hacia abajo. Puede usarse datos retrospectivos de

cohortes de edad a la cual casi todos sean ya sexualmente activos. Sin embargo, el indicador así elaborado no es sensible a los cambios recientes de la edad de la primera relación sexual, que es en sí la tendencia que interesa para el monitoreo del éxito de los programas de prevención.

El indicador es más útil aún cuando la mediana es relativamente una edad baja, por ejemplo, entre los 15 y los 19 años. Cuando la mediana de la edad de la primera relación sexual es más de 19 años tanto para hombres como para mujeres, la promoción de la abstinencia sexual entre los adolescentes puede ser sustituida por otras intervenciones del programa, y este indicador tendrá menos importancia y podría incluso ignorarse.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 2
Jóvenes que hayan tenido relaciones sexuales prematrimoniales en el último año

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas
Indicador adicional en las epidemias concentradas

Definición

Porcentaje de personas solteras de 15 a 24 años de edad que hayan tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, sobre el total de jóvenes solteros sujetos a la encuesta

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Este es un indicador de las relaciones prematrimoniales entre la gente joven. Una puntuación alta en este indicador es señal de que los mensajes que promueven la abstinencia sexual han fracasado.

La recíproca de este indicador, es decir, 100 menos la puntuación que da el indicador, es una medida de la abstinencia entre la gente joven soltera. El éxito de los programas que promueven la abstinencia debería reflejarse en una edad más tardía de la primera relación sexual, según la mide el Indicador No. 1 de comportamiento sexual de los jóvenes. No obstante, el Indicador No. 2, capta una dimensión adicional: cualquiera que se ha mantenido en abstinencia por un año (al margen de que alguna vez hayan tenido relaciones sexuales) no entraría en el numerador del Indicador No. 2. En consecuencia, el indicador recíproco de abstinencia incluirá no sólo a las personas vírgenes, sino también a los que no han tenido relaciones sexuales durante el último año como medida de protección de la infección por VIH y otras de transmisión sexual. Dado que se deberían concentrar los programas de prevención en los jóvenes de todas las edades, la decisión de abstenerse de la relación sexual después de haberse iniciado precozmente a la vida sexual debería ser un producto de tales programas.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de personas de 15 a 24 años de edad, se pregunta acerca del estado civil y las parejas sexuales. Las personas solteras que informan haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses pasan a formar parte del numerador. El denominador está constituido por todas las personas solteras entrevistadas.

La información que dé el indicador deberá clasificarse por sexo. También deberá analizarse de manera separada para los grupos de edad de 15 a 19 años, menores de 15 y de 20 a 24 años de edad, según corresponda. En algunos lugares la proporción de personas de 20 a 24 años de edad que se mantenga aún soltera será muy baja, por lo menos entre las mujeres; en estos casos no corresponderá elaborar el indicador para ese grupo de edad.

Ventajas y desventajas

Este es un indicador extremadamente útil para las acciones de abogacía. Frecuentemente los programas de educación sexual y servicios para la gente joven encuentran resistencia por parte de los padres y otras autoridades, quienes creen que el único mensaje aceptable que puede recibir la juventud debe promover la abstinencia sexual antes del matrimonio. Un indicador de la actividad sexual antes del matrimonio puede servir para señalar el éxito o fracaso de ese mensaje y también indicar los vacíos del enfoque actual. Además, el indicador mide los cambios de las normas culturales y sociales relacionadas con la precocidad de la relación sexual. En lugares donde los programas están promoviendo un retraso de la edad de la primera relación sexual, o la abstinencia sexual antes del matrimonio o la relación sexual monógama, el indicador debería mostrar un descenso.

Otra limitación puede surgir del hecho de que los tamaños de muestra pequeños correspondientes a cada grupo de edad pueden complicar el análisis y la interpretación de los resultados. Asimismo, en zonas donde se alienta y acepta el matrimonio a edades tempranas, los programas de prevención tendrán un efecto limitado en cuanto a cambiar las normas sociales y culturales relacionadas con el matrimonio.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 3 Jóvenes que utilizan condón en las relaciones sexuales prematrimoniales

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Indicador adicional en las epidemias concentradas

Definición

Porcentaje de personas solteras de 15 a 24 años de edad que usó condón en la última relación sexual, sobre el total de jóvenes solteros y sexualmente activos entrevistados

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

En muchas epidemias de alta prevalencia del VIH, claramente una proporción alta y creciente de infecciones se transmite antes del matrimonio, pero a menudo hay mucha resistencia a ofrecer servicios para disminuir el riesgo de infección entre las personas solteras sexualmente activas. Algunos programas nacionales están comenzando a promover activamente la oferta de servicios a los jóvenes solteros. Este indicador mide el éxito de los programas que buscan reducir el riesgo de transmisión del VIH en las relaciones sexuales prematrimoniales por medio del aumento del uso de condones.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de personas de 15 a 24 años de edad, se pregunta acerca del estado civil y las parejas sexuales, incluso sobre el uso de condón en la relación sexual más reciente con cada pareja. Los solteros que informan haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses forman parte del numerador. El denominador está constituido por todos los entrevistados que eran solteros y sexualmente activos en los últimos 12 meses.

El indicador deberá analizarse separadamente para ambos sexos. También puede elaborarse por grupo de edad, es decir, de 15 a 19, menores de 15 y de 20 a 24 años de edad, según corresponda. Habrá lugares en que la proporción de solteros que tengan de 20 a 24 años de edad será muy baja, por lo menos entre las mujeres; en ese caso podría no justificarse la construcción del indicador para ese grupo de edad.

Ventajas y desventajas

Este indicador sirve para monitorear el grado de riesgo en las relaciones prematrimoniales. Debe presentarse conjuntamente con el indicador anterior, dado que si el uso de condones es muy bajo y las relaciones prematrimoniales muy comunes la preocupación es mayor que si tanto el uso de condón como las relaciones prematrimoniales son poco frecuentes. El indicador no hace distinción entre los tipos de pareja. Las relaciones no matrimoniales entre gente joven son de por sí inestables, y el cambio de pareja es común, de modo que todas las parejas se considerarán de riesgo.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 4 Jóvenes que hayan tenido parejas múltiples en el año más reciente

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Indicador adicional en las epidemias concentradas

Definición

Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, sobre el total de jóvenes entrevistados

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Los mensajes de prevención dirigidos a los jóvenes suelen comenzar promoviendo la abstinencia sexual y a menudo también las relaciones monógamas. Debido a que las relaciones sexuales de los jóvenes a menudo son inestables, las relaciones que supuestamente eran monógamas se disuelven y reemplazan por otras similares. En las epidemias de alta prevalencia del VIH, la monogamia consecutiva no es particularmente útil para proteger de la infección por VIH. Este indicador mide la proporción de jóvenes que han estado expuestos a más de una pareja sexual durante el año anterior. Es decir, la proporción entre la cual ha fallado el mensaje "una pareja mutuamente fiel".

¿Cómo se mide?

En una encuesta de personas de 15 a 24 años de edad se pregunta sobre las parejas sexuales durante el año anterior. Los que informan que han tenido más de una pareja en los últimos 12 meses constituyen el numerador. El denominador está dado por todos los entrevistados.

El indicador deberá analizarse separadamente para ambos sexos. También puede elaborarse por grupo de edad, es decir, de 15 a 19, menores de 15 y de 20 a 24 años de edad, según corresponda.

Ventajas y desventajas

Este indicador no hace diferencias entre las parejas casadas y las que no lo son. Sirve para monitorear las relaciones con parejas múltiples, al margen del riesgo relativo. El indicador de comportamiento sexual de riesgo de los adultos (el No. 1), que es muy parecido, se establece la diferencia entre parejas casadas y cohabitantes, y las de otro tipo. En parte, esa distinción tiene por objeto manejar las dificultades que plantean las sociedades en que se practica la poligamia masculina, es decir, donde los hombres pueden tener relaciones matrimoniales con múltiples parejas. No obstante, es muy raro que se dé la poligamia entre los menores de 25 años de edad y, por lo tanto, no es necesario medir esa diferencia entre los jóvenes.

El indicador también está afectado por el sesgo que resulta de que la persona entrevistada conteste según lo que cree que se espera de ella y lo que es socialmente aceptable. Los jóvenes, saturados de mensajes que promueven la prevención, estarán muy motivados a declarar un número de parejas menor que el real. Asimismo, habrá mucha presión social que lleve a las mujeres a mentir en sus respuestas.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 5 Jóvenes que hayan usado condón en la relación sexual de alto riesgo más reciente

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Indicador adicional en las epidemias concentradas

Definición

Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y usaron condón en el acto sexual más reciente con una pareja con la cual no estaban casados o con la que no convivían, sobre el total de jóvenes entrevistados

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Este indicador es distinto del Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 3 en cuanto a que incluye las parejas sexuales no-maritales de los jóvenes que actualmente están casados, así como todas las parejas de los solteros y de los que no tienen una pareja estable al grado de que convivan con ella.

También es distinto del Indicador de comportamiento sexual No. 2 porque, por las mismas razones que en el caso del Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 3, incluye en el denominador a todos los entrevistados y no solo a los que informan haber tenido relaciones de riesgo en el año anterior.

La información deberá obtenerse para el grupo de 15 a 24 años de edad, por sexo. También puede desglosarse en los grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y menores de 15 años de edad, si corresponde.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de la población general o en una dirigida a la juventud, se pregunta a todos los entrevistados acerca de sus parejas sexuales durante el año anterior. Para cada pareja que se informe habrá que determinar el tipo de relación, ya sea cohabitante u otro. Cuando se trate de una encuesta de población de 15 a 49 años de edad, bastará con estratificar las respuestas por grupo de edad para calcular el indicador. El denominador estará constituido por todas las personas de 15 a 24 años. El numerador estará dado por el porcentaje de personas que usaron condón en la relación sexual no-marital, o con una pareja con la cual no cohabitan, más reciente durante los 12 meses anteriores a la encuesta.

Ventajas y desventajas

Este indicador de comportamiento sexual de la gente joven puede ser bastante útil para las actividades de abogacía. Si el indicador muestra que el condón se usa poco en las relaciones sexuales de riesgo de los jóvenes, los programas deberán concentrar su esfuerzo en promover la abstinencia después del inicio de la actividad sexual, pero, sobre todo, en la promoción del uso de condones. Por otra parte, los obstáculos podrían ser considerables en el caso de los programas que no quieran tratar el tema de la actividad sexual juvenil.

Al igual que el Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 4, con este se captará a todas las parejas que no están casadas pero que tienen relaciones sexuales. Por lo general, la proporción de las últimas será alta, especialmente entre los hombres. Además, se captará a los jóvenes casados que tienen relaciones sexuales no-maritales.

Este indicador está afectado por las mismas fuentes de sesgo inherentes a las encuestas de comportamiento sexual. No obstante, según el grado de saturación de las actividades del programa o las normas culturales o religiosas de la población, los jóvenes podrían estar más dispuestos a dar información sobre su comportamiento sexual.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 6 Uso de condón en la primera relación sexual

Indicador adicional en todas las epidemias

Definición

Proporción de jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que usaron condón la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, sobre el total de jóvenes que haya tenido relaciones sexuales

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)

¿Qué mide?

Por lo general, se piensa que es más fácil mantener comportamientos de menor riesgo cuando se han establecido desde el inicio de la actividad sexual, que tratar de cambiar los comportamientos de riesgo una vez que estos ya son habituales.

Además, diversos estudios serológicos realizados en África señalan que una proporción alta de mujeres jóvenes se infectan con el VIH en sus primeras relaciones sexuales.

Los programas de destrezas de vida dirigidos a la juventud han concentrado sus actividades en la promoción de comportamientos de menor riesgo que se deben adoptar desde el inicio de la vida sexual del joven. Este indicador mide los avances realizados por la juventud en ese sentido. Es necesario desglosar ese indicador según el sexo. Asimismo, al desglose por edad y el análisis específico del grupo de 15 a 19 años de edad aumentará la sensibilidad del indicador en cuanto a los cambios recientes de uso de condones en la primera relación sexual, pero las muestras deberán ser grandes.

Ventajas y desventajas

Una desventaja de este indicador es que, cuando los resultados obtenidos sean altos, se puede llegar a un falso estado de conformismo. El VIH y las ITS no son la única preocupación relacionada con los jóvenes. Muchos adolescentes se preocupan más de las consecuencias inmediatas de los embarazos que de las infecciones por VIH u otras ITS. Los programas que promueven las destrezas de vida y los de salud reproductiva dirigidos a los jóvenes hacen hincapié en prevenir el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Cuando se observa un alto grado de uso de condón en la primera relación sexual podría estarse viendo un aumento de este método como anticonceptivo. Así, cuando la actividad sexual pasa a ser algo corriente, las mujeres podrían adoptar métodos anticonceptivos de largo plazo y dejar de lado los condones. Por esta razón es importante presentar el indicador conjuntamente con información obtenida con otros indicadores de uso de condón.

Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 7 Mezcla de edades en las relaciones sexuales

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que hayan tenido relaciones sexuales con hombres que sean 10 años o más mayores que ellas en los últimos 12 meses, sobre el total de mujeres que hayan tenido relaciones sexuales no-maritales en los 12 meses anteriores

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS

¿Qué mide?

Una de las principales características que contribuye a la diseminación del VIH por la vía heterosexual es la llamada mezcla de edades. A menudo, el virus entra en un nuevo conjunto de jóvenes sin infección cuando algunos individuos del grupo tienen relaciones sexuales con gente de un grupo de edad que ya tiene un alto grado de infección. En general, las mujeres constituyen la parte más joven de la pareja y los hombres, la más vieja. Estos tipos de pareja contribuyen a la transmisión del virus dado que, por razones fisiológicas, el riesgo de infección es alto en el acto sexual entre una mujer joven sin infección y un hombre mayor.

En algunos países este tipo de mezcla de edad es tan común que se le conoce bajo el nombre de: "*sugar daddy syndrome*" (síndrome del amante viejo de la mujer joven). En ocasiones, los programas de SIDA tratan de atacar este problema por ambos frentes, es decir, con campañas de información, educación y comunicación dirigidas a desprestigiar socialmente las relaciones sexuales entre hombres mayores y mujeres jóvenes, y a través de intervenciones que tratan de aumentar el poder de negociación de estas mujeres. El indicador mide los avances en cuanto a reducir la proporción de mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales no-maritales con hombres mayores.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de población general o de gente joven, se pregunta acerca de las tres parejas sexuales más recientes. La serie de preguntas incluye una sobre la edad del compañero sexual y otra sobre la relación entre la mujer entrevistada y el compañero sexual.

En el numerador entran todas las mujeres de 15 a 19 años de edad que declaran haber tenido relaciones sexuales con un hombre que es por lo menos 10 años mayor que ellas y con el cual no están casadas. El denominador está constituido por todas las mujeres de 15 a 19 años que hayan tenido relaciones sexuales con hombres con los cuales no hayan estado casadas.

Ventajas y desventajas

Este indicador presenta dos limitaciones importantes. La primera se relaciona con el hecho de que la gente a menudo no sabe la edad exacta de sus compañeros sexuales, situación probablemente más común en el caso de las parejas ocasionales que las casadas. El segundo problema es que no se sabe con exactitud qué diferencia de edad entre los miembros de la pareja constituye un riesgo más alto para la transmisión del VIH.

Ante la incertidumbre acerca de la edad de la pareja, las personas entrevistadas a menudo dan una edad aproximada, en números redondos, como 30 ó 40, lo cual puede distorsionar el indicador. No obstante, cabe destacar que los sesgos relacionados con la aproximación de la edad o los errores de notificación de la edad probablemente se mantengan estables a lo largo del tiempo, de modo que no afectarán mayormente las tendencias.

El indicador no dará un panorama exacto de las distintas edades de las parejas sexuales ni captará cambios menores en las diferencias de edad entre un

miembro de la pareja y otro. Sí servirá para ver los cambios más significativos en la mezcla de edades que promueven los programas de prevención del VIH y de destrezas de vida, dado que las mujeres no suelen confundir un compañero de su propia edad con uno mucho mayor que ellas mismas. El hecho de que aumenten las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes con hombres de su misma edad, o de que los hombres mayores disminuyan su búsqueda de pareja sexual entre mujeres bastante más jóvenes, se verá reflejado en el indicador, al margen de los errores relacionados con la edad.

Este indicador se refiere exclusivamente a las relaciones no-maritales. Las mujeres jóvenes también podrían tener un riesgo mayor de infección como producto del matrimonio con hombres significativamente mayores. No obstante, las grandes diferencias de edad entre hombres y mujeres casados son comunes y aceptadas en muchas sociedades y muy pocos programas de prevención del VIH, si acaso hay alguno, están tratando de reducir la diferencia de edad entre hombres y mujeres en relación con el matrimonio. En consecuencia, estas parejas no se incluyen en este indicador.

3.10 Uso de drogas inyectables

Metas del programa

En muchos países que tienen epidemias concentradas, el VIH se ha transmitido más rápido entre las personas que se inyectan drogas (usuarios de drogas inyectables [UDI]). Las actividades de prevención dirigidas a este grupo han recibido relativamente poca atención en muchos países, aún cuando hay intervenciones eficaces y económicamente accesibles. En gran parte esta falta de actividad tiene razones políticas. Así es que muchos países y programas no quieren dar abiertamente servicios de apoyo a un grupo de población cuyo comportamiento de riesgo es en muchos casos ilegal.

En años más recientes, algunos promotores de la salud pública han podido demostrar que las intervenciones eficaces dirigidas a los usuarios de drogas inyectables, incluso las que tratan de reducir el número de UDI, pueden derivar beneficios sanitarios y económicos a la sociedad en su conjunto.

Dado que las agujas y jeringas compartidas proporcionan un método sumamente eficiente de transmisión del VIH, las intervenciones más eficaces para reducir el riesgo de infección entre los usuarios de drogas inyectables son los que reducen el uso de equipo compartido. También se promueve la esterilización del equipo de inyección, la reducción de prácticas de alto riesgo en la preparación de las drogas y la promoción del uso del condón con las parejas sexuales. Los esfuerzos destinados a alentar a los usuarios de drogas inyectables a cambiarlas por productos no inyectables también reduce el riesgo individual de contraer o transmitir el virus. También se trata de promover los comportamientos sexuales de menor riesgo entre esta población, con el fin de reducir al mínimo la transmisión de la infección contraída por el uso de drogas a las parejas sexuales que no comparten ese hábito.

Preguntas clave

- ¿Existe una política nacional sobre el intercambio de agujas para los usuarios de drogas inyectables?
- ¿Cómo son de comunes las prácticas de riesgo en relación con las drogas inyectables?
- ¿Que nivel de consistencia tienen las prácticas de menor riesgo?
- ¿Existe el potencial de que el comportamiento sexual de los usuarios de drogas inyectables transmita el VIH a una población más amplia?

Dificultades de la medición

Sin lugar a dudas, el mayor obstáculo del monitoreo y la evaluación de las intervenciones dirigidas a usuarios de drogas inyectables es el acceso difícil a la población. El uso de drogas inyectables normalmente es ilegal y casi siempre sufre de estigma; además, los grupos afectados casi siempre son clandestinos. Por lo tanto, a menudo es difícil establecer el marco muestral para estudios de comportamiento o de especímenes biológicos que luego puedan repetirse. Cuando los comportamientos se estudian entre población que busca tratamiento en centros de rehabilitación o individuos que han sido arrestados por crímenes relacionados con las drogas, los datos son extremadamente sesgados y probablemente no den una visión útil del comportamiento o la infección entre la población general de usuarios de drogas inyectables.

Las técnicas de mapeo que utilizan a los propios usuarios de drogas inyectables como informantes clave han dado buenos resultados cuando se trata de determinar cuáles son las comunidades de usuarios y sus necesidades de programas de prevención y servicios de atención de la salud. Esta atención, provista a través de organizaciones comunitarias o de servicios de extensión abren una puerta a las actividades de monitoreo y evaluación.

Indicador de uso de drogas inyectables No. 1
Usuarios de drogas inyectables que compartieron equipo la última vez que se inyectaron

Indicador fundamental en las epidemias concentradas y de bajo nivel en las que hay un número significativo o creciente de usuarios de drogas inyectables

Definición

Porcentaje de usuarios activos de drogas inyectables en el mes más reciente que señalan haber compartido equipo de inyección la última vez que usaron drogas inyectables

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)

¿Qué mide?

El uso compartido de equipo de inyección es el factor de riesgo más importante que afecta a los usuarios de drogas inyectables en relación con la transmisión del VIH. También es el elemento que concentra la mayor parte de las intervenciones. El uso de equipo compartido ha pasado a ser poco frecuente en los países industrializados que tienen una larga trayectoria de intervenciones preventivas entre la población de usuarios de drogas inyectables. Esta situación es diferente en muchos otros países que tienen un aumento explosivo de la población que se inyecta drogas.

Este indicador mide el avance de los programas que tienen por objeto reducir las prácticas de mayor riesgo entre los usuarios de drogas inyectables, es decir, el uso compartido de equipo de inyección. El indicador es útil especialmente cuando se trata de observar tendencias temporales de los programas que apoyan el intercambio de jeringas o los que tratan de mejorar el acceso a equipo de inyección más inocuo.

¿Cómo se mide?

En una encuesta sobre el comportamiento de usuarios de drogas inyectables, se pregunta a los entrevistados acerca de sus hábitos de inyección. El numerador está constituido por las personas que declaran haber compartido agujas, jeringas u otro equipo de inyección la última vez que usaron drogas inyectables en el último mes. En el denominador entran todas las personas entrevistadas que usaron drogas inyectables en el último mes.

Las prácticas de inyección de drogas varían de un lugar a otro, por lo tanto, con el fin de captar lo más posible el riesgo asociado con la inyección, los cuestionarios deberán especificar todos los tipos de "equipo" que se usan localmente y que pueden generar un intercambio de líquidos corporales. Entre ellos se incluyen agujas y jeringas, pero también otro equipo utilizado para "cocinar" y que podría contaminarse, según las prácticas locales de preparación de las drogas.

Ventajas y desventajas

Al igual que en el caso de otros indicadores de uso de drogas inyectables, la mayor dificultad que se plantea aquí es la de acceso a la población. Las muestras aleatorias son prácticamente imposibles de obtener y las de conveniencia tienen sesgos a menudo impredecibles. Por lo tanto, es difícil determinar hasta qué punto las personas que hacen parte del estudio son representativas de la población más general de usuarios de drogas inyectables. Cuando la representatividad de la muestra sea variable, será difícil interpretar las tendencias temporales.

Se da por sentado que las encuestas se llevan a cabo entre personas ya identificadas como miembros de una comunidad de usuarios de drogas inyectables. Es posible que, en respuesta a intervenciones de prevención del VIH, haya personas que dejen el hábito o cambien a un producto que no se consuma por inyección. Dado que el indicador tiene por objeto medir los cambios de las prácticas relacionadas con el riesgo de la inyección a lo largo del tiempo

entre las personas que siguen usando drogas inyectables, las personas que abandonan la práctica no entrarán en el denominador del indicador.

Algunos programas de educación se han dedicado a promover la esterilización de las agujas. Podría ser que los usuarios sigan inyectándose drogas e, incluso, sigan compartiendo agujas, pero que las esterilicen entre una inyección y otra. No obstante, es difícil medir el éxito de la esterilización individual del equipo. Algunas experiencias han mostrado que corrientemente la limpieza no es adecuada y, por lo tanto, muchos programas prefieren concentrarse en la eliminación de prácticas de uso compartido de equipo. En el numerador del indicador se incluye a los usuarios de drogas inyectables con prácticas de riesgo que, aunque esterilicen el equipo, aún lo comparten.

Puesto que el indicador sólo incluye a las personas que se han inyectado en el último mes, es muy sensible a cambios recientes en las prácticas de inyección. En los países donde no haya políticas coherentes para promover las prácticas más inocuas con respecto a las drogas inyectables, se observará gran variedad en este indicador. La aplicación de medidas policiales represivas contra los usuarios, distribuidores de drogas o contra los servicios de apoyo, como los centros de intercambio de jeringas, puede afectar drásticamente las prácticas de inyección de drogas en un período muy corto.

Este indicador no tiene por objeto determinar si hay un comportamiento consistente con el abandono de la práctica de compartir agujas. Solamente se pregunta sobre el acto de inyección más reciente. Así, se reduce al mínimo el sesgo de memoria, que se ha mostrado en otros temas, como el de uso de condón en la relación sexual más reciente, que es un buen método. Los aspectos de consistencia se cubren con el próximo indicador.

Indicador de uso de drogas inyectables No. 2
Usuarios de drogas inyectables que no compartieron equipo ni una vez en el mes anterior

Indicador fundamental en las epidemias concentradas y de bajo nivel en las que hay un número significativo o creciente de usuarios de drogas inyectables

Definición

Porcentaje de usuarios activos de drogas inyectables entrevistados que declaran no haber compartido equipo de inyección ni una sola vez durante el último mes

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)

¿Qué mide?

El uso compartido de equipo de inyección de drogas entre personas infectadas por el VIH y las no infectadas tiene una eficacia extraordinaria en cuanto a la transmisión del virus. Dado que el riesgo de adquirir la infección con cada inyección de riesgo es tan alto, el objeto de los programas de prevención debe ser la eliminación del comportamiento y no solo una reducción del uso compartido de equipo entre usuarios de drogas inyectables.

El indicador anterior usa un método sólido que dará un panorama del aumento de los comportamientos de inyección más inocuos, pero no captará por completo la adopción de comportamientos más inocuos de manera constante, que es la meta a la cual deben aspirar los programas de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables.

Este indicador mide las tendencias de la consistencia de la adopción de comportamientos seguros entre usuarios de drogas inyectables que mantienen su hábito.

¿Cómo se mide?

En una encuesta sobre el comportamiento de usuarios de drogas inyectables, se pregunta a los entrevistados acerca de sus hábitos de inyección. Se excluyen del numerador las personas que declaran haber compartido agujas, jeringas u otro equipo de inyección en el último mes. En el denominador entran todas las personas entrevistadas que usaron drogas inyectables en el último mes.

Al igual que en el indicador precedente, los cuestionarios deberán especificar todos los tipos de equipo que se usan localmente y que pueden generar un intercambio de líquidos corporales.

Ventajas y desventajas

Además de las ventajas y desventajas que comparte con el Indicador de uso de drogas inyectables No. 1 de uso de drogas inyectables, esta medida está más afectada por el sesgo de memoria. Según cómo sea la situación local de consumo de drogas, los usuarios podrían inyectarse varias veces al día, por lo cual, les podría ser difícil recordar las circunstancias de cada acto de inyección en el que participaron durante los 30 días anteriores.

Las tendencias que proporcione este indicador deberán usarse para confirmar los cambios que registre el indicador que mira sólo el comportamiento relacionado con la última inyección. Las diferencias entre ambos indicadores servirán para señalar aspectos débiles del programa.

Indicador de uso de drogas inyectables No. 3
Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en su relación sexual más reciente, según tipo de pareja

Indicador adicional en las epidemias concentradas y de bajo nivel en las que hay un número significativo o creciente de usuarios de drogas inyectables

Definición

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables entrevistados que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales comerciales o con una pareja no habitual o con una pareja estable, sobre los que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)

¿Qué mide?

Es frecuente encontrar que los usuarios de drogas inyectables tienen parejas sexuales que no usan drogas. Debido a que la prevalencia del VIH entre los primeros normalmente es alta, las parejas sexuales tienen un riesgo también alto de adquirir la infección por medio de las relaciones sexuales, a no ser que usen condón. Además, estas parejas constituyen un medio por el cual el virus puede pasar al resto de la población sexualmente activa que no tiene contacto directo con usuarios de drogas inyectables.

Si bien las intervenciones dirigidas a los usuarios de drogas inyectables en su mayoría promueven las prácticas de inyección más seguras, muchas también promueven el uso del condón durante las relaciones sexuales, con el fin de reducir al mínimo la transmisión del VIH de ese grupo a la población general. El indicador sirve para observar los cambios temporales en el uso del condón entre los usuarios de drogas inyectables, según tipo de pareja sexual.

¿Cómo se mide?

Se reconocen tres tipos de pareja sexual que pueden conducir potencialmente a tres subtipos de indicador.

En una encuesta de usuarios de drogas inyectables, se pregunta a los entrevistados acerca de sus relaciones sexuales comerciales durante los últimos 12 meses. También se les pregunta si las parejas comerciales recibían pago o pagaban, y la ocasión del cliente más reciente (que pagaba). El indicador corresponde al número que contestó que había usado condón en la última relación sexual sostenida a cambio de drogas o dinero, dividido por todos los entrevistados que "vendieron" relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

En una encuesta de usuarios de drogas inyectables también se pregunta a los entrevistados sobre las relaciones sexuales con parejas ocasionales y habituales en los últimos 12 meses y si usaron condón en la relación sexual más reciente con cada tipo de pareja. El indicador es el número de entrevistados que usó condón en la relación sexual más reciente con un tipo dado de pareja, dividido por todos los que tuvieron relaciones sexuales con ese tipo de pareja en los últimos 12 meses. La información se desglosa por cada tipo de pareja.

Ventajas y desventajas

Por las razones ya planteadas en la sección sobre comportamiento sexual, una medida transversal de uso de condón en la relación sexual más reciente proporciona un panorama bastante fidedigno del uso de condones de manera global. El obstáculo más grande para lograr este indicador entre los usuarios de drogas inyectables es el hecho de que no distingue si la parejas del caso índice a su vez usa drogas inyectables o no. Tanto hombres como mujeres, los usuarios de drogas tienen mayor probabilidad de exponerse al riesgo de infección por VIH debido a su comportamiento de uso de drogas que por sus relaciones sexuales; el aumento del riesgo de infección en las relaciones sexuales sin protección con otra persona que use drogas inyectables es sólo un poco mayor. Además, las parejas que saben que ambos miembros están infectados por el VIH

difícilmente usen condón cuando tengan relaciones sexuales. En este caso, el coito sin protección no presenta riesgo. El riesgo mayor de transmisión sexual se presenta cuando un usuario de drogas inyectables tiene relaciones sexuales con personas que no se inyectan drogas.

Por otra parte, no es muy práctico distinguir entre parejas que usan drogas y las que no las usan. Una persona podría desconocer que su pareja se inyecta drogas, especialmente entre la gente joven que financia su hábito por medio de las relaciones sexuales. Asimismo, aumentan los errores de memoria cuando se pregunta a la gente sobre el uso de condones con la pareja más reciente que no se inyectaba drogas.

Por razones programáticas, el indicador sí desglosa las parejas por tipo. Si bien el riesgo epidemiológico de que un usuario de drogas inyectables transmita la infección por VIH durante la relación sexual no depende del tipo de pareja, hay consecuencias significativas en relación con el aumento de la transmisión del VIH en general. El uso infrecuente de condones entre los usuarios de drogas inyectables con parejas sexuales comerciales que sirven para financiar su hábito causa más preocupación que el uso infrecuente con parejas regulares, debido a que el cambio de parejas en las relaciones sexuales comerciales es más alto. Será necesario contar con intervenciones diversas para promover de manera más eficaz el uso de condones con los distintos tipos de pareja sexual.

3.11 Sangre segura

Metas del programa

En los años en que se originó la epidemia de SIDA se hizo un gran esfuerzo para reducir la transmisión del VIH por medio de la transfusión sanguínea, para lo cual se estableció el tamizaje de la sangre, la selección de donantes, los bancos de sangre y otras medidas.

Gran parte de la tarea contó con el apoyo activo de la OMS/PMS. Si bien estos esfuerzos continúan, al disolverse el Programa Mundial del SIDA de la OMS los aspectos que garantizan la provisión de sangre sin riesgo fueron perdiendo importancia en los países con pocos recursos y entre las agencias donantes. Esto tiene consecuencias más graves en los países de África al sur del Sahara, dado el alto número de transfusiones y de infecciones por VIH. En 1995, ONUSIDA estimó que del total de 2,3 millones de donaciones de sangre efectuadas en África al sur del Sahara, un cuarto no habían pasado por el proceso de detección del VIH.

En esa región del mundo se realizan muchas transfusiones innecesarias, a pesar de que la necesidad de tal procedimiento es alta entre estas poblaciones que tienen altas tasas de fecundidad y donde la anemia y la malaria son frecuentes. En algunos hospitales no se examina la sangre de manera regular para determinar si está infectada por el VIH debido a que los donantes son parientes de los pacientes. Por otra parte, donde se cuenta con políticas de tamizaje de sangre su aplicación a menudo sufre de falta de reactivos, personal capacitado o equipo.

En muchos países se ha visto un renacer de la atención a este problema que en años recientes se había dejado de lado. Se está tratando de establecer y aplicar normas de sangre segura y de garantizar el control de calidad.

La transfusión de sangre contaminada probablemente siga siendo la fuente más importante de infección por VIH en el ámbito de los servicios de salud. No obstante, también hay riesgos de infección asociados con otros aspectos de la atención. El personal de salud puede infectarse con el VIH al pincharse con agujas o herirse durante los procesos quirúrgicos. Si el personal de salud infectado por el VIH tiene malas prácticas de atención también puede poner en riesgo de infección al paciente. Asimismo, la mala esterilización de equipo de inyección u otros materiales pueden transmitir el VIH de una persona infectada a un paciente sin infección en los servicios de salud. Las "precauciones universales" tienen por objeto reducir al mínimo estas infecciones. No obstante, el suministro irregular de guantes quirúrgicos o agujas esterilizadas, equipos inadecuados de esterilización y personal saturado de trabajo y, por lo tanto, incapaz de efectuar tareas de higiene que consumen mucho tiempo, son elementos que contribuyen a anular las precauciones universales.

Preguntas clave

- ¿Existen políticas nacionales que guíen el tamizaje de la sangre donada?
- ¿Se cuenta con una política nacional sobre el uso de donantes voluntarios altruistas? ¿Sobre bancos de sangre?
- ¿Se hacen transfusiones de sangre innecesariamente?
- ¿Se hace una preselección de los donantes para reducir al mínimo las donaciones de riesgo?
- ¿Se examina adecuadamente el suministro de sangre?

Dificultades de la medición

Son muy pocos los indicadores sistemáticos que se puede utilizar en relación con diversos aspectos de la producción de sangre segura, desde la selección de donantes a la calidad de los sistemas disponibles de tamizaje de la sangre. Se necesita con urgencia

elaborar indicadores de prevención estandarizados en relación con la producción de sangre segura; estos deben incluir también medidas de la selección de donantes y tasas de transfusión, además del tamizaje de las unidades de sangre. Sin embargo, cabe destacar que en las epidemias donde la prevalencia es muy alta, por ejemplo, donde más de 20% de la población adulta está infectada, la utilidad de selección de donantes probablemente sea menor. Los recursos podrían utilizarse mejor para evaluar la calidad de los procedimientos de tamizaje de la sangre. De hecho, mientras más alta sea la prevalencia del VIH, más prioridad deberá darse a la sangre segura en el ámbito del programa nacional.

La carencia de personal adiestrado y la falta de otros insumos, como reactivos y buena refrigeración, son obstáculos importantes que afectan la disponibilidad de sangre segura en muchos países. Se puede suponer que tales problemas afectarán también la capacidad de monitorear y evaluar la producción de sangre segura.

Esta tarea de monitoreo de la sangre se realiza con mucho más facilidad en los países donde toda la sangre de transfusión se recibe en un servicio de transfusión sanguínea administrado de manera centralizada o donde toda la sangre, al margen de su procedencia, se examina en laboratorios centrales. Tales servicios son relativamente raros. Es frecuente encontrar bancos de sangre privados en muchos países y, en muchos casos, cada hospital administra su propio suministro de sangre. Asimismo, muchas transfusiones se llevarán a cabo en hospitales o clínicas privados, con lo cual aumenta el riesgo de que los registros de transfusiones sean incompletos. La selección de donantes y el tamizaje de las unidades de sangre pueden variar de un servicio a otro, de modo que cuando no sea posible hacer el control de calidad de manera universal, la selección de la muestra de servicios para el monitoreo y la evaluación deberá hacerse con mucha atención.

Indicador de sangre segura No. 1 Porcentaje de unidades de sangre transfundidas que han sido sometidas a examen de detección del VIH

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses que han sido sometidas a examen de detección de VIH (o tamizadas) de manera adecuada según las normas nacionales o de la OMS

Instrumentos de medición

Protocolo de sangre segura de MEASURE *Evaluation*

¿Qué mide?

Los programas que tienen por objeto proveer sangre segura aspiran a que la gran mayoría, idealmente 100%, de las unidades de sangre para transfusión sean sometidas a examen de detección del VIH y que las que pasen al suministro de sangre nacional efectivamente estén libres de infección. Esta no es la situación en muchos países. Algunas unidades no pasan por el examen de detección, otras son examinadas por personal que no ha sido adiestrado o con equipos anticuados e insumos insuficientes. Es más, en malas condiciones, la sangre se examina con pruebas de anticuerpos en un período en que el paciente ya se ha infectado pero aún no ha elaborado anticuerpos al virus. Todos estos elementos llevan a que una proporción significativa de las unidades de sangre se cataloguen como inocuas cuando de hecho están infectadas. Este indicador proporciona una idea de la proporción total de unidades de sangre examinadas en condiciones suficientemente exigentes como para garantizar que no contienen el virus del VIH.

¿Cómo se mide?

Este indicador requiere tres datos: el número de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses; el número de unidades de sangre sometidas a examen de detección del VIH en el mismo período y, de este último total, el número de unidades cuyo examen se hizo según las normas nacionales o de la OMS.

El número de unidades transfundidas y sometidas a examen de detección del VIH debería obtenerse de los sistemas de información sanitaria (véase el Indicador de sangre segura No. 2). La calidad del tamizado puede caracterizarse por medio de un estudio especial en el cual se reexamine una muestra de la sangre tamizada anteriormente o por una evaluación de las condiciones en que se realiza el tamizado. En los casos en que lo anterior no sea posible, los datos sobre el porcentaje de instituciones que cuentan con buenos registros de transfusión y detección del VIH en la sangre y donde no hay desabastecimientos de reactivos para la prueba pueden servir para estimar la sangre tamizada adecuadamente para este indicador.

Ventajas y desventajas

Cuando se dispone de los datos necesarios para formarlo, este es un buen indicador global de la inocuidad del suministro de sangre. Sin embargo, el hecho de que el indicador muestre cambios podría reflejar variación de la proporción de unidades de sangre tamizada o de la calidad del proceso de detección del virus en la sangre. También el indicador puede mostrar el éxito de las campañas realizadas para reducir la transfusión innecesaria, dado que el número total de unidades transfundidas habrá disminuido y como resultado aumentaría la proporción de unidades sometidas a tamizaje según las normas nacionales o de la OMS. Por lo anterior, habrá que informar por separado los distintos elementos del indicador y para que sean de utilidad para la programación.

En los lugares donde se cuenta con sistemas de salud descentralizados o el sector salud también realiza tamizaje de sangre o tiene bancos de sangre, podría ser difícil conseguir buena información para elaborar un indicador nacional fuerte. En tal caso, quizás sea necesario seleccionar hospitales y laboratorios centinela de los sectores público y privado para hacer encuestas de la calidad de la sangre de transfusión y del tamizaje con base en los servicios.

Indicador de sangre segura No. 2
Disminución del número de transfusiones

Indicador adicional en todas las epidemias

Definición

El número de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses por 1000 habitantes

Instrumentos de medición

Protocolo de sangre segura de MEASURE *Evaluation*

¿Qué mide?

En muchos países gran proporción de las transfusiones de sangre son innecesarias. Esta afirmación es cierta en los países africanos que tienen una prevalencia alta de infección por VIH, de lo cual se desprende que una proporción significativa de las transfusiones que transmiten el VIH son de hecho innecesarias. Ante este hecho, muchos países han tomado medidas o fortalecido las acciones para reducir el número de transfusiones innecesarias. Este es un indicador bruto del éxito de tales medidas.

¿Cómo se mide?

El numerador, que corresponde al número total de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses, es a su vez, el denominador del Indicador de sangre segura No. 1. En los países donde los servicios de transfusión están centralizados o que cuentan con buenos sistemas de información, el número de unidades transfundidas anualmente en todo el país puede obtenerse de los registros de rutina de los servicios. El denominador sale de los censos de población u otra información demográfica.

En algunos países será necesario instaurar un registro sistemático en hospitales centinela y elaborar estimaciones con base en la experiencia de tales sitios. En esos casos, el denominador estará constituido por la población del distrito o ciudad a la cual da servicios el hospital en cuestión.

Ventajas y desventajas

Con este indicador no se pueden separar las transfusiones necesarias de las superfluas; por lo tanto, en el mejor de los casos, es una medida bruta del progreso hacia la meta de reducción del número total de transfusiones. Por otra parte, si se quiere una visión más a fondo y se justifica el esfuerzo de hacerlo, se puede obtener información complementaria sobre las prácticas de transfusión. Este indicador no sirve para hacer comparaciones entre países, dado que la necesidad real de transfusiones puede variar de uno a otro; sin embargo, sí da una idea de las tendencias temporales en un país determinado. Cuando haya pautas nacionales que regulen la transfusión sanguínea, será posible determinar la proporción de transfusiones innecesarias por medio de la revisión de los registros hospitalarios.

Indicador de sangre segura No. 3 Distritos o regiones con sistemas de reclutamiento de donantes y servicios de transfusión de sangre

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de distritos o regiones con acceso a servicios de transfusión de sangre que no cuenta con donantes remunerados ni donantes que sean parientes del paciente

Instrumentos de medición

Protocolo de sangre segura de MEASURE *Evaluation*

¿Qué mide?

Cuando no hay bancos de sangre, los donantes a menudo se consiguen entre los parientes del paciente que necesita transfusión o de donantes pagados. Hay casos en que la familia del afectado debe conseguir sangre de reposición antes de la transfusión. Se ha encontrado que tales prácticas aumentan considerablemente el riesgo de transfundir sangre infectada, aún cuando esta pueda someterse al tamizaje del VIH. El riesgo de transmitir el VIH por transfusión de sangre infectada puede reducirse al conseguir donantes voluntarios de grupos de bajo riesgo (estudiantes de secundaria, por ejemplo) y hacerles algunas preguntas sencillas que sirvan para diferir a los donantes de riesgo. En algunos países se usa pagar al donante y en otros esto se prohibe. Normalmente los donantes remunerados tienen un riesgo mucho mayor de estar infectados que los voluntarios, aún cuando los casos de alto riesgo más obvios puedan diferirse o autoseleccionarse con base en preguntas sencillas a tal efecto.

En muchos países donde se está tratando de mejorar el acceso a sangre segura se han establecido servicios de transfusión sanguínea, incluso bancos de sangre, regionales o municipales; además se está realizando un esfuerzo sistemático de mejorar el reclutamiento de donantes voluntarios y de reducir o eliminar la donación de parientes o donantes remunerados. Este indicador determina hasta qué punto se han logrado estas medidas, según lo indicado por las políticas nacionales.

¿Cómo se mide?

Se considera que la situación es positiva cuando en un municipio o región por lo menos el 95% de la sangre transfundida en el mayor hospital proviene de un servicio regional o provincial de transfusión de sangre que selecciona a los donantes según su comportamiento de riesgo y excluye las donaciones de parientes o donantes remunerados.

Ventajas y desventajas

El indicador sólo toma en cuenta el suministro de sangre del principal servicio de salud de la región. En muchas situaciones, diversos establecimientos tendrán prácticas diferentes, por lo cual es necesario interpretar este indicador conjuntamente con los otros que miden la seguridad de la sangre. La existencia de un servicio de transfusión en sí misma no garantiza el suministro de sangre de calidad ni su almacenamiento apropiado: tampoco asegura el acceso a un buen tamizaje de la sangre para detectar anticuerpos al VIH.

Indicador de sangre segura No. 4 Establecimientos de salud que cuentan con normas y prácticas para prevenir la transmisión accidental del VIH

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de establecimientos de salud que en una encuesta de tales servicios cuentan con normas para prevenir la transmisión nosocomial del VIH, procedimientos de esterilización correctos y existencias de guantes quirúrgicos

Instrumentos de medición

Caracterización de la provisión de servicios de MEASURE (encuesta de establecimientos CPS); Protocolo de sangre segura de MEASURE *Evaluation*

¿Qué mide?

A medida que aumenta la prevalencia del VIH entre los pacientes de los servicios de salud, sube también el riesgo de transmisión accidental del VIH entre el profesional sanitario y el paciente o de un paciente a otro. La transmisión puede deberse a falta de buena esterilización o descuidos en la eliminación de suministros o equipos que hayan estado en contacto con líquidos corporales o por heridas accidentales con equipo durante cirugías u otra atención corriente.

El riesgo de transmisión accidental puede reducirse con el uso rutinario de guantes quirúrgicos en todos las labores de atención, por medio de la esterilización correcta de todo el equipo médico y el tratamiento, almacenamiento y descarte correcto del equipo. Este indicador da una idea de la proporción de establecimientos de salud que cumplen con estas condiciones mínimas necesarias para reducir la transmisión accidental del VIH.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de instituciones de salud del primer, segundo o tercer nivel de atención seleccionadas al azar, se pide al personal de los servicios de la salud que presente las normas escritas que se utilizan para evitar la transmisión accidental del VIH. Se revisan las existencias de guantes quirúrgicos y de equipo de esterilización. Será necesario observar las prácticas de esterilización para determinar si se rigen por las normas. Cuando no haya normas escritas, las prácticas de esterilización deberán seguir las normas nacionales o, en su defecto, las internacionales. Cuando no sea posible observar las prácticas, habrá que preguntar a los entrevistados sobre ellas, pero estos datos probablemente tengan un sesgo mayor.

El numerador del indicador estará dado por los establecimientos que cuentan con normas escritas sobre prácticas inocuas, buenas prácticas de esterilización y existencias de guantes quirúrgicos. Las instituciones que no cuenten con las tres condiciones no entran en el numerador. El denominador está constituido por todos los establecimientos seleccionados para la encuesta.

Ventajas y desventajas

Una gran ventaja de este indicador es que es relativamente fácil de elaborar con encuestas rutinarias de las instituciones de salud realizadas para el monitoreo de la atención y los servicios de apoyo.

También es una medida indirecta del riesgo de transmisión del VIH en las instituciones de salud. La existencia de normas no significa que estas necesariamente se apliquen corrientemente; asimismo, el hecho de que haya guantes disponibles no implica que se utilicen en todas las situaciones en que podrían reducir al mínimo la transmisión del VIH. De hecho, en algunos lugares donde el riesgo de transmisión es bajo, algunos miembros del personal de salud no se ponen guantes para no estigmatizar a los pacientes infectados. El grado en que las normas se

apliquen a la práctica se verá reflejado en la puntuación que reciba el componente de esterilización, medido a través de la observación de la práctica siguiendo una lista de verificación derivada de las normas locales, nacionales o internacionales.

Por otra parte, si se llevara un registro real de todos los incidentes que conllevaron un riesgo de transmisión del VIH (por ejemplo, pinchazos de aguja o ruptura de guantes en un procedimiento quirúrgico) se obtendría una medida directa de las prácticas de riesgo en los servicios de atención de la salud. No obstante, la experiencia señala que varía el grado de integridad de este tipo de registro. En países donde el VIH es a la vez frecuente y afectado por gran estigma, el personal de la salud prefiere no notificar las lesiones debido a las políticas que exigen pruebas de detección del VIH de todos los afectados. (Estas pruebas a menudo se realizan antes de dar tratamiento profiláctico con antirretrovirales a continuación de una exposición potencial al virus.) Por lo demás, la notificación de accidentes no refleja el riesgo de transmisión de un paciente a otro.

Para efectos del programa, será necesario desglosar el indicador por componente y por tipo el nivel de los servicios de salud.

3.12 Prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Metas del programa

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un gran problema de salud en muchos países. Además, debido a que la presencia de otras ITS aumenta la probabilidad de transmisión del VIH, la aparición del SIDA ha dado un nuevo empuje a las actividades de tratamiento y prevención de tales infecciones. La atención de las ITS incluye su manejo sindrómico, en el cual el paciente recibe un examen físico y responde a un interrogatorio. Si los síntomas señalan que el paciente tiene una infección, se le da un tratamiento que cubre una variedad de microorganismos que podrían estar causando los síntomas que sufre el individuo. Con esto se elimina la necesidad de contar con pruebas de laboratorio cuya logística puede ser difícil y que, a veces, pueden ser caras.

Muchos programas promueven también un aumento de la utilización de los centros de tratamiento de las ITS, especialmente por la gente joven cuyas necesidades caían en el abandono en sistemas anteriores. En cuanto al monitoreo y la evaluación, es necesario observar el programa en cuanto a la provisión de servicios de buena calidad para el tratamiento de las ITS. También habrá que monitorear la función de los servicios de ITS como puerta de entrada a programas de prevención de comportamientos sexuales de riesgo y al acceso (notificación de parejas) a otra población en riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Preguntas clave

- ¿Hay normas nacionales que guíen el tratamiento apropiado de las infecciones de transmisión sexual en los servicios de salud?
- ¿Hay normas sobre la detección de sífilis en clínicas de atención prenatal?
- La atención que reciben hombres y mujeres en los servicios de ITS, ¿son apropiados?
- ¿Se dispone de los medicamentos necesarios para el tratamiento?
- ¿Se utilizan los servicios de ITS de manera eficaz como puerta de entrada para la prevención del VIH?

Dificultades de la medición

La experiencia en monitoreo y evaluación de los programas de ITS es más vasta que en otros elementos de los programas de VIH. En cuanto a la epidemia del VIH, el monitoreo de las infecciones de transmisión sexual es muy importante por dos razones fundamentales: el tratamiento eficaz de las ITS es importante porque estas infecciones aumentan significativamente la posibilidad de contraer una infección por VIH en cada acto sexual sin protección entre una pareja infectada y una sana. Además, las ITS pueden utilizarse como medida de impacto de los programas de prevención del VIH, puesto que ambas infecciones son indicios de relaciones sexuales sin protección con más de una pareja. No obstante, las ITS de origen bacteriano son distintas del VIH en que son curables y, por lo tanto, los casos nuevos probablemente reflejen un riesgo sexual más reciente que el VIH, que puede ser un indicador de riesgo, pero con hasta 10 años de atraso. En consecuencia, los programas de prevención del VIH deberían tener un impacto visible en las ITS antes de lograr cambios significativos en la prevalencia del VIH. Los indicadores de impacto se tratan en la última sección de este documento.

Indicador de la atención de las ITS No. 1 Diagnóstico y tratamiento apropiado de las ITS

(Indicador de prevención No. 6 de la OMS/PMS modificado)

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Porcentaje de pacientes de ITS en servicios de salud seleccionados que recibieron servicios de diagnóstico y tratamiento según las normas nacionales, sobre el total de pacientes atendidos en tales servicios

Instrumentos de medición

Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de MEASURE

¿Qué mide?

En las zonas de alta prevalencia y pocos recursos, los programas de ITS utilizan primordialmente el manejo sindrómico de las ITS, por ser el método más práctico en esas condiciones. Este método permite ampliar la cobertura de la atención, dado que disminuye la demora del diagnóstico. Se ha destinado una inversión enorme a capacitar personal de enfermería y otros funcionarios de los servicios de salud que no conocían el método y, a menudo, no habían estado expuestos a la atención de las ITS en general.

Este indicador muestra el éxito de las actividades de adiestramiento y de la provisión adecuada de medicamentos y otros suministros necesarios para dar la atención en los servicios. También sirve para monitorear los cambios en la provisión de servicios adecuados a los pacientes que solicitan atención de ITS.

En este caso la selección de los servicios de ITS que serán parte de la encuesta es importante. Tradicionalmente, este indicador se ha utilizado principalmente en las clínicas del sector público, sobre todo, porque gran parte de la capacitación en manejo sindrómico se dirigió a funcionarios de ese sector. No obstante, es un hecho bien conocido que las personas con infecciones de transmisión sexual a menudo buscan atención en otros medios, ya sea en clínicas privadas o en farmacias o curanderos. En algunos países estos otros sectores de atención han comenzado a participar de los programas de adiestramiento para el manejo sindrómico; ya se han hecho algunas evaluaciones exitosas en tales sectores utilizando este indicador. Los servicios sujetos a la encuesta deberán representar a todos los sectores que hayan recibido adiestramiento en el manejo sindrómico de las ITS.

¿Cómo se mide?

Los datos se obtienen por medio de la observación y entrevistas con personal de salud en servicios de salud que ven pacientes de ITS y han sido seleccionados previamente. Se evalúa al personal de salud con respecto a la preparación del historial clínico del paciente, el examen y el tratamiento. El proveedor de la atención deberá tener una puntuación positiva en los tres elementos mencionados durante su interacción con el paciente, si este último ha de formar parte del numerador del indicador.

Desde que se crearon los Indicadores de prevención Nos. 6 y 7 de la OMS/PMS, algunos investigadores han estado probando otras formas de obtener la información para estos indicadores. Como resultado, a veces se utiliza a cambio de la observación y las entrevistas con el personal de salud o además de ellas, las entrevistas de los pacientes a su salida del servicio. En otros casos se utilizan “simulados”, es decir, evaluadores capacitados que se hacen pasar por clientes.

El diagnóstico y tratamiento “adecuado” se miden según las normas nacionales que rigen los servicios de ITS. En los países en desarrollo, por lo general, las normas incluirán los protocolos para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes localmente y el tratamiento con fármacos específicos del formulario nacional de medicamentos. En algunos países se considera que son apropiados el tratamiento sindrómico y el etiológico, según la capacidad diagnóstica del servicio. En

los lugares donde no se disponga de normas, podrán usarse las de la OMS sobre la atención sindrómica de las ITS para guiar la evaluación del tratamiento.

Ventajas y desventajas

Este indicador se ha utilizado ampliamente y se ha demostrado que puede obtenerse por medio de la observación y sumándole entrevistas con el personal de salud a modo de validación. También se ha debatido el grado en que se introducen sesgos en los datos a causa de la observación directa y las entrevistas con el personal de salud. Se piensa que la atención otorgada bajo observación es mejor que lo habitual y que se exagera la información "correcta" con respecto al diagnóstico y al tratamiento, con lo cual se reduce la diferencia entre conocimiento y práctica. No obstante, las entrevistas a los clientes a la salida de los servicios y la utilización de simuladores han mostrado que los sesgos no son tan grandes como se esperaba. La brecha entre conocimiento y práctica en relación con el tratamiento en general se produce cuando el personal de salud no sigue "correctamente" el protocolo porque sabe que no se dispone de los medicamentos o estos no están al alcance económico del paciente. Por esta razón se recomienda que el indicador se presente conjuntamente con los indicadores de disponibilidad de medicamentos, como el Indicador de servicios de ITS No.3.

Al igual que con todos los indicadores compuestos, los progresos en algunos aspectos pueden encubrir el deterioro de otros. Si uno de los componentes del servicio es malo, el indicador será bajo, aún cuando otros elementos de la atención hayan mostrado progresos significativos. Los gerentes de programa deberán contar con las puntuaciones separadas por área de conocimiento y por desempeño, con el fin de determinar cuáles son los aspectos más débiles y fortalecer los programas de capacitación.

Indicador de la atención de las ITS No. 2 Recomendaciones a los pacientes de ITS sobre la prevención y derivación a servicios de exámenes de detección del VIH

(Indicador de prevención No. 7 de la OMS/PMS ampliado)
Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Porcentaje de pacientes de ITS que recibe recomendaciones sobre el uso de condones y notificación de la pareja y derivación a servicios de detección del VIH

Instrumentos de medición

Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*

¿Qué mide?

La atención de las ITS, además de dar tratamiento, tiene por objeto prevenir la recurrencia de las infecciones. Esto se logra promoviendo el uso de condones y alentando el tratamiento de parejas para evitar la reinfección. Cada vez más los servicios de ITS se ven como una oportunidad de referir a los pacientes a los servicios de pruebas voluntarias de detección del VIH. Este indicador mide hasta qué punto funcionan estos servicios como parte de la atención de las ITS.

¿Cómo se mide?

El Indicador de prevención No. 7 de la OMS/PMS solo incluía los dos primeros componentes de este indicador. Si el cliente ha de formar parte del numerador de este indicador, el proveedor de la atención deberá obtener una puntuación positiva al recomendar tanto el uso de condones como la notificación de la pareja. El nuevo indicador incluye además un tercer elemento: derivación a servicios de pruebas de detección del VIH voluntarias. Sin embargo, si la política nacional no incluye la referencia de los pacientes de ITS a los servicios de pruebas y consejería voluntarias, o si no se dispone de tales servicios y el Programa Nacional de SIDA no los promueve, este último elemento deberá eliminarse del indicador. Tanto el Indicador de prevención No. 7 como el Indicador de servicios No. 2 se obtienen en servicios de salud por medio de la observación directa de la interacción entre el personal de salud y el paciente.

Los componentes de este indicador deberán presentarse por separado por las razones que figuran a continuación.

Ventajas y desventajas

El hecho de que un cliente se presente en una clínica de ITS es una indicación de que acciones anteriores destinadas a promover un comportamiento sin riesgo han fracasado. Este indicador no contribuye a la evaluación de éxito de las acciones de prevención; sólo sirve para determinar hasta qué punto el personal de salud cumple con las normas de atención.

Ya se han mencionado los sesgos que pueden afectar los métodos de observación directa. Se piensa que el proveedor de la atención se desempeña mejor cuando está siendo observado que en circunstancias normales. También se ha señalado que las entrevistas a la salida de los clientes podría constituir un medio más eficaz con respecto al costo que la observación de la relación proveedor-cliente. No obstante, existe la posibilidad de que los clientes no informen correctamente sobre el contenido real de la consejería. Es necesario contar con más investigación para determinar la confianza en los datos obtenidos por medio de entrevistas a la salida del servicio.

La promoción del uso de condones, las recomendaciones sobre la atención de la pareja y la derivación a servicios de pruebas de detección del VIH son en sí actividades muy diferentes. Por lo tanto, el valor que tiene para el personal del programa un indicador compuesto sobre estos aspectos es limitado. Además, la derivación a servicios de pruebas de detección dependerá de que haya tales servicios en la localidad. Al agregar este componente se alterará la información sobre las tendencias en los países que en el pasado hayan utilizado el Indicador de prevención No. 7 de la OMS/PMS. En consecuencia, habrá que tomar las medidas que garanticen que los tres componentes del indicador se informan por separado.

Indicador de la atención de las ITS No. 3
Suministro de medicamentos en los servicios de atención de las ITS

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Indicador adicional en otros tipos de epidemia

Definición

Porcentaje de clientes que se atiende en centros de salud con servicios de ITS que actualmente cuentan con existencias de medicamentos esenciales para tratar las ITS y que informan que en los últimos 12 meses nunca se interrumpió el suministro por más de una semana

Instrumentos de medición

Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de MEASURE

¿Qué mide?

Si bien es cierto que preparar la historia clínica del paciente, hacerle su diagnóstico y darle tratamiento tienen valor, cuando no se dispone de medicamentos, lo anterior no redundará en mejores tasas de curación y, por lo tanto, no habrá un efecto positivo con respecto a la infección por VIH.

Los programas nacionales de SIDA que se han abocado a mejorar los servicios de ITS han destinado tiempo y dinero a mejorar la distribución de medicamentos y a garantizar que la fabricación o importación de fármacos para la atención sindrómica de las ITS es adecuada. Este indicador mide hasta qué punto tales acciones han logrado mantener un suministro constante de medicamentos en los servicios de atención de modo que puedan trabajar eficientemente.

¿Cómo se mide?

Los países que promueven la atención sindrómica de las ITS por lo general cuentan con protocolos que rigen la prescripción de fármacos para cada síndrome. Además cuentan con el respaldo de la lista nacional de medicamentos esenciales, que incluye los fármacos necesarios para la atención sindrómica. Estos últimos deberán incluirse en las listas de verificación para este indicador.

Por medio de una encuesta de servicios seleccionados al azar, se revisan las existencias actuales de los fármacos estipulados. Se interroga a la administración del servicio sobre las interrupciones en el suministro de medicamentos en los últimos 12 meses, y se revisan los registros de almacenamiento para el mismo período. El marco muestral para seleccionar los sitios puede incluir, además de los establecimientos públicos, clínicas y hospitales privados y no gubernamentales.

Al construir el indicador, se pondera cada establecimiento según el tamaño de su clientela, dado que las repercusiones de la interrupción del suministro en una clínica rural pequeña no serán iguales que en un servicio urbano grande que atiende una clientela mucho mayor.

El indicador es el número total de clientes que se atiende en establecimientos que proporcionan servicios de ITS que cuentan actualmente con existencias de medicamentos para tratar todos los síndromes de ITS importantes y que no informan haber tenido falta de medicamentos por más de una semana en los últimos 12 meses. Este numerador se divide por el número total de clientes atendidos en todos los servicios estudiados.

Según cómo sea la política nacional, sería posible incluir diversos servicios de atención del VIH en este indicador. Por ejemplo, se podría incluir a servicios de salud reproductiva, instituciones privadas

y farmacias cuyo personal ha sido especialmente capacitado para atender las ITS.

Ventajas y desventajas

Este indicador proporciona una buena indicación del suministro constante de medicamentos en los servicios de ITS; da una medida mínima de las existencias de medicamentos. Sin embargo, se sabe que los clientes a menudo compran medicamentos de otras fuentes, aun cuando vayan al servicio de ITS a hacerse el diagnóstico. Ciertamente, en los países que no cuentan con un buen control de los suministros de fármacos, la falta de medicamentos en una clínica pública puede deberse a que los fármacos fueron desviados a algún comercio cercano, lo cual tiene el potencial de afectar el costo de los medicamentos para el paciente (y, por lo tanto, su accesibilidad), pero no la disponibilidad física del mismo.

Cabe repetir que la selección de los servicios de ITS puede influir enormemente en este indicador, por lo cual la encuesta de establecimientos deberá tratar de incluir una combinación de todas las categorías importantes de proveedores de atención, tanto del sector público como del privado.

Indicador de la atención de las ITS No. 4 Hombres y mujeres que solicitan tratamiento de ITS

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Indicador fundamental entre los grupos de población con comportamientos sexuales de alto riesgo en las epidemias concentradas

Definición

Porcentaje de hombres y mujeres que informan haber tenido síntomas de ITS en los últimos 12 meses y que solicitaron atención en un servicio con personal adiestrado en atención de las ITS, sobre el total de personas que participan en una encuesta de población general o en una dirigida a las personas de 15 a 49 años de edad

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)

¿Qué mide?

Los programas de ITS tienen por objeto mejorar la calidad de los servicios y, además, aumentar la proporción de individuos que reconoce su propia infección y solicita atención en los servicios. Este indicador sirve para medir cambios en el comportamiento relacionado con la solicitud de servicios entre hombres y mujeres que piensan que pueden tener una ITS, como resultado de acciones destinadas a promover tal comportamiento.

¿Cómo se mide?

La forma en que se construya este indicador dependerá de la estrategia del programa nacional de ITS. En el numerador se incluirá a los hombres y mujeres que solicitaron atención de servicios que se consideren "apropiados" según la estrategia; es decir, la atención estuvo a cargo de personal capacitado según los estándares nacionales de atención de las ITS. En la mayoría de los países los servicios estarán constituidos por centros de salud formales, incluidas las clínicas de ITS. En unos pocos, se incluirá a las farmacias y curanderos tradicionales.

Se pregunta a las personas encuestadas como parte de un estudio de población (en las epidemias concentradas, encuestas de grupos de población de hombres o mujeres que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo, por ejemplo, trabajadores sexuales o migratorios) si han tenido secreción o úlceras genitales en los últimos 12 meses. En caso afirmativo, se les pregunta si solicitaron tratamiento, qué tipo de atención buscaron y dónde recurrieron primero en busca de consejo o tratamiento. Se pregunta si consultaron en centros de salud o farmacias, o a curanderos, amigos o parientes. En los casos en que la respuesta incluya personal adiestrado según las pautas nacionales de atención de las ITS, la persona encuestada constituye parte del numerador.

El indicador es el número de hombres o mujeres que señalan que se atendieron en un servicio que, según las normas nacionales, cuenta con personal adiestrado (por ejemplo, trabajador sanitario de una clínica, hospital o farmacia), dividido por el total de hombres o mujeres que dijo que había tenido síntomas que parecían de ITS.

La información del indicador debe proporcionarse separadamente para hombres y mujeres. Para efectos del programa, también debe desglosarse según el tipo de proveedor de salud.

Ventajas y desventajas

Este indicador da una idea de la cobertura de los servicios de ITS que cuentan con aprobación. La interpretación del indicador se ve afectada por dos aspectos de la programación. En primer lugar, las campañas de IEC pueden aumentar la capacidad de la gente de reconocer las ITS y sus síntomas y, por lo tanto, la demanda de atención. En segundo lugar, estas campañas también buscan reducir el comportamiento sexual de riesgo y reducir el número de casos nuevos de ITS. Si el indicador muestra un aumento del porcentaje de hombres o mujeres con

ITS que demanda tratamiento, podría decirse que la prevalencia de las ITS ha aumentado entre una encuesta y otra, pero que la proporción de personas que demanda tratamiento no ha cambiado. Por otro lado, podría indicar que no ha habido cambios en las tasas de infección, pero que hay un mayor número de personas que reconoce la infección, informa sobre ella y solicita tratamiento.

Un problema aún mayor en cuanto a la interpretación surge de la baja cobertura de la capacitación en el manejo de las ITS. Por ejemplo, si el programa nacional ha tratado de capacitar farmacéuticos en el manejo de las ITS, pero solo lo ha logrado en un 20% del total de farmacéuticos, ¿cabría incluir a estos como proveedores adiestrados? Se recomienda que no se incluyan las categorías de personal de salud si no se han adiestrado al menos un 50% de sus miembros.

El beneficio de este indicador depende de que haya una campaña activa para aumentar el comportamiento que guía a las personas a solicitar atención; en particular, que haya campañas que promuevan la demanda de atención entre categorías específicas de proveedores de servicios de salud.

Si bien las preguntas van dirigidas a todos los tipos de proveedores de atención (y el indicador se construye con múltiples respuestas), también se pregunta a los entrevistados sobre la primera fuente de atención. Esta información puede servir a los gerentes de programa para orientar las acciones futuras en el campo de la IEC y la capacitación.

3.13 Atención y apoyo a las personas infectadas por el VIH y sus familias

A principios de la epidemia, tanto la programación como el monitoreo se dirigían fundamentalmente a prevenir la infección. Actualmente, el fracaso de la prevención está generando necesidades de atención. Ya existe una necesidad urgente de dar atención de salud a las personas que viven con el VIH y el SIDA. En muchos países una gran proporción de las camas hospitalarias está ocupada por pacientes infectados por el VIH. Además, dadas la naturaleza crónica de la enfermedad y la dinámica de la epidemia, la carga de atención generada por el VIH en los sistemas de atención de salud aumentará en la mayoría de los países.

Metas del programa

Al igual que la prevención, la expresión "atención y apoyo" incluye un sinnúmero de elementos programáticos y servicios diferentes, entre ellos, el manejo clínico, enfermería y atención domiciliaria, consejería y apoyo psicológico para las personas infectadas por el virus y sus parientes, y apoyo social para las personas con VIH, su familia y la comunidad. Algunos elementos de la programación correspondientes a la atención y apoyo, como la consejería y pruebas de detección, reducción del estigma y la discriminación, se tratan en otras secciones de esta guía.

En la mayoría de los países se sueña con poder dar todos los servicios, desde el tratamiento antirretroviral hasta servicios de apoyo a los familiares que cuidan de los infectados. En algunos países en desarrollo, la mayoría de América Latina y Caribe, casi se ha logrado esta capacidad, al menos para una parte de la población. Sin embargo, la realidad de la mayoría de los países donde la prevalencia es alta es mucho más rudimentaria. La atención primaria de salud ya estaba fraccionada antes de que surgiera la epidemia del VIH y ahora, donde existe, está sobrecargada. Solo una fracción pequeña de la población tiene acceso a los establecimientos de atención del segundo o tercer nivel y la epidemia del VIH ha aumentado la presión sobre los sistemas de salud en todos sus puntos. En muchos países en los que el sistema de salud no tiene la capacidad de dar atención adecuada se están buscando modelos de atención con base en la comunidad, pero la capacidad de la comunidad de dar tal atención no es fácil de estimar.

La identificación de indicadores fundamentales y adicionales en relación con la atención y el apoyo variará significativamente según la estrategia nacional adoptada en este sentido. En los lugares donde se haya elegido más que nada la atención con base en la comunidad y el hogar, los indicadores de cobertura serán fundamentales. Donde el esfuerzo se haya concentrado en la provisión amplia de atención médica más sofisticada para las personas infectadas, se dará preferencia a los indicadores de base institucional. La identificación de indicadores fundamentales y adicionales que se hace en esta guía corresponde a las necesidades de los países de escasos recursos con prevalencia del VIH alta, esencialmente los países de África al sur del Sahara. Los países donde haya epidemias generalizadas pero los recursos sean de otra magnitud, las decisiones serán diferentes.

Preguntas clave

- ¿Existe una política nacional que regule la incorporación de la atención de afecciones asociadas con el VIH en el currículum de medicina?
- La lista de medicamentos esenciales, ¿incluye los fármacos para el tratamiento de las enfermedades oportunistas?
- ¿Qué se hace para dar atención a las personas infectadas por el VIH y sus familias?
- ¿Es adecuada la cobertura de los servicios?
- ¿Es adecuada la calidad de los servicios?

Problemas de la medición

El monitoreo de la atención y apoyo no es fácil. En primer lugar, rara vez se conoce el estado de infección de las personas y no se puede preguntar acerca de él en una encuesta de población general para fines del monitoreo y la evaluación; por lo tanto, es imposible saber cuántas personas infectadas tienen acceso a la atención y servicios de apoyo que necesitan. Las

encuestas de establecimientos de salud no dicen nada sobre la cobertura y solo se puede llegar a saber de manera limitada el grado en que los servicios se dan al nivel "apropiado" del sistema de salud, es decir, del modo más accesible y costo-eficaz.

Aún cuando se cubren las necesidades de atención de las personas, la necesidad de proteger el carácter confidencial de la información del paciente es un obstáculo a cualquier tipo de evaluación sistemática de la calidad de la atención. La observación directa de la atención podría darse en el caso de algunas afecciones que normalmente se asocian con el VIH, pero no exclusivamente. Las entrevistas a personas con VIH a la salida del servicio rara vez pueden realizarse y, por lo general, difícilmente se puedan generalizar. Por ejemplo, podría tratarse de hacer entrevistas por medio de un cuestionario anónimo y autoadministrado entre personas infectadas por el VIH que participan activamente en grupos de apoyo; sin embargo, tales individuos son parte de una cierta población que por lo general dista mucho del típico paciente de VIH.

Otra dificultad relacionada con la evaluación de la calidad y el carácter integral de la atención tiene que ver con la determinación del "estándar máximo de calidad" o los estándares mínimos de atención en un país determinado. En pocos países existe una idea clara de los servicios que se espera otorgar a las personas que viven con el VIH, ya sea en la comunidad o como parte del sistema de salud. El número de países que cuenta con pautas de atención y apoyo contra las cuales se pueda medir la calidad de los servicios es aún menor. La OMS está activamente tratando de elaborar pautas mínimas de atención, pero aún falta mucho por hacer. ¿Qué apoyo se debe dar a los huérfanos? ¿Alimentos, apoyo para pagar la matrícula escolar, atención psicológica? ¿Qué constituye la atención domiciliaria de las personas con SIDA? ¿Es posible definir o medir la "calidad de vida" de las personas o familias afectadas por el SIDA? Mientras no haya normas para estos servicios, será muy difícil monitorearlos; y por supuesto mucho más difícil hablar de contar con indicadores que sean comparables internacionalmente.

Los proveedores de atención y apoyo en la comunidad por lo general trabajan con organizaciones privadas pequeñas que responden a urgencias locales. Su capacidad de proporcionar servicios es limitada y la de obtener datos para alimentar un sistema de monitoreo y evaluación lo es más aún.

Indicador de atención y apoyo No. 1 Personal médico con adiestramiento para atender las afecciones relacionadas con la infección por VIH

Indicador adicional en todas las epidemias

Definición

El porcentaje de alumnos graduados de las escuelas de medicina, enfermería e instituciones de educación médica continua que en los últimos 24 meses recibieron capacitación en cuanto a la historia natural del VIH y el diagnóstico y atención de las infecciones oportunistas comunes

Instrumentos de medición

Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de MEASURE; estadísticas de las escuelas de capacitación médica

¿Qué mide?

El conocimiento del manejo adecuado de la infección por VIH y otras infecciones relacionadas con él es una precondición importante de la calidad de la atención a lo largo de todo el sistema de salud. Muchos programas nacionales de SIDA están dando capacitación al personal de salud en gestión y mejorando sus destrezas y conocimientos. No obstante, la manera más fácil y sostenible de garantizar un conocimiento adecuado a largo plazo se da al integrar la información relacionada con el VIH en el currículum de las carreras de medicina, enfermería y otro personal de salud.

Este indicador mide en qué grado tal información se ha integrado al currículum académico de cada carrera sanitaria.

¿Cómo se mide?

Este indicador se puede medir de dos formas. La primera, consiste de una encuesta de trabajadores de la salud a los cuales se pregunta sobre temas específicos cubiertos durante sus estudios básicos de medicina. Al relacionar esta información con el año de graduación se obtendrá información sobre el período correspondiente (por ejemplo, los graduados durante los dos años anteriores a la encuesta).

Otra manera de medir el indicador es por medio de los registros de los ministerios de educación o salud. Con ellos se puede elaborar una lista de todos los establecimientos que educan a profesionales de la salud y emiten títulos de medicina, enfermería u otras carreras sanitarias o que realizan cursos de educación médica continua con aprobación oficial. Se envía un cuestionario a cada uno de los establecimientos, incluida una lista de verificación sobre el conocimiento impartido sobre el VIH y la atención que debe darse a los pacientes infectados con el virus. La lista de verificación se puede elaborar con base en normas nacionales o internacionales de la atención y manejo de los pacientes con VIH. Normalmente incluirá aspectos relacionados con la epidemiología y la historia natural de la infección, consejos sobre medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas corrientes y prácticas de derivación de los pacientes. También se preguntará a cada establecimiento el número de graduados de cada carrera en los 24 meses más recientes.

El numerador del indicador corresponde al número de estudiantes graduados (de medicina, enfermería y carreras afines, donde corresponda) que en los últimos 24 meses recibieron adiestramiento sobre los aspectos fundamentales del conocimiento y atención del VIH. El denominador está constituido por el número total de estudiantes de las mismas carreras graduados en los últimos 24 meses. También se incluye en el indicador a los individuos que participaron en cursos de educación médica continua.

Ventajas y desventajas

Este indicador es relativamente fácil de elaborar, siempre y cuando los establecimientos devuelvan los cuestionarios. Sus limitaciones están dadas por el hecho de que no sirve para medir la calidad ni la profundidad de la enseñanza.

El indicador mide el adiestramiento de los graduados actuales. En los casos en que la capacitación sobre el VIH se haya incluido recientemente en el currículum de medicina y donde no haya muchos programas de capacitación posterior a la graduación, no se podrá obtener un buen panorama del grado de conocimiento actual dentro del sistema de salud, dado que gran parte del personal actual habrá sido capacitado antes de iniciar el currículum formal. No obstante, se podrá obtener una buena medida de las tendencias de la proporción mínima de personal de salud con capacitación sobre el VIH y la atención afín a lo largo del tiempo.

Los currícula deberán ajustarse a las pautas nacionales de atención de los pacientes con VIH. La carencia de pautas es en sí misma una señal de que los servicios de atención y apoyo a las personas infectadas por el VIH probablemente no sean adecuados. Sin embargo, donde no se disponga de pautas nacionales, podrán utilizarse los estándares internacionales como medida de calidad de los currícula.

Indicador de atención y apoyo No. 2 Establecimientos de salud que cuentan con capacidad de dar atención apropiada a los pacientes con infección por VIH

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de establecimientos de salud que en los distintos niveles de atención tienen la capacidad de dar atención paliativa apropiada y tratamiento para las infecciones oportunistas y de derivar a los pacientes infectados, según las normas nacionales

Instrumentos de medición

Borrador de protocolo de la OMS para la evaluación de la atención y el apoyo de los pacientes con VIH y SIDA; protocolo de ONUSIDA para la evaluación de la atención y el apoyo

¿Qué mide?

Durante los primeros años de la epidemia del VIH, una proporción alta de pacientes con afecciones asociadas con el VIH era derivada automáticamente a los establecimientos terciarios, dado que los servicios de salud menos sofisticados no tenían el personal adiestrado ni la capacidad de atenderlos apropiadamente. Incluso, rara vez se disponía de normas que indicaran qué constituía el tratamiento apropiado. Esta derivación constante a los establecimientos más complejos llevó a un uso ineficiente de los recursos del sistema de salud.

En años más recientes, se ha tratado de garantizar que las afecciones relacionadas con el VIH se atiendan en los establecimientos del sistema de salud que corresponda y de derivar a los pacientes a servicios más complejos o más sencillos, según sea necesario. En muchos países se han elaborado pautas para los proveedores de salud sobre la atención adecuada de los pacientes con VIH. La atención paliativa y el tratamiento de infecciones oportunistas comunes y menores puede darse como parte de la atención primaria; otras infecciones oportunistas más complejas pueden ser derivadas a servicios de los niveles más altos del sistema de salud. También será necesario contar con servicios de referencia para el apoyo social y psicosocial, cuando corresponda.

Este indicador mide el grado en que los servicios de salud tienen la capacidad de satisfacer las necesidades de tratamiento, atención y derivación de los pacientes al nivel correspondiente del sistema de salud, según las pautas nacionales.

¿Cómo se mide?

Se realiza una caracterización de los establecimientos de salud por medio de una lista de verificación que se aplica en una encuesta de establecimientos de salud. La encuesta incluye inspección, entrevistas con el personal de salud y revisión de los registros. La lista de verificación, que se adapta a los estándares locales, será diferente para cada nivel de atención del sistema de salud. Por lo general, incluirá la disponibilidad de personal capacitado, la calidad de los servicios de diagnóstico, limpieza, enfermería, registros, prevención y derivación a establecimientos de atención más complejos y servicios de apoyo comunitarios, según corresponda.

La calificación de condiciones o establecimientos "adecuados" o "apropiados" se hará en relación con las pautas nacionales de atención de los pacientes infectados por el VIH. La carencia de pautas es en sí misma una señal de que los servicios de atención y apoyo a las personas infectadas por el VIH probablemente no sean adecuados. Sin embargo, donde no se disponga de pautas nacionales, podrán utilizarse los estándares internacionales que actualmente está elaborando la OMS para medir la calidad de la atención en los establecimientos de salud.

La disponibilidad de medicamentos y procedimientos para prevenir la transmisión accidental del VIH en los establecimientos de salud se trata en otras secciones de este documento (véase la sección sobre Indicadores de sangre segura).

El indicador es el número de establecimientos de salud que alcanzan o superan la puntuación mínima en relación con la capacidad de atender a los pacientes infectados por el VIH, dividido por el número total de establecimientos que formaron parte de la encuesta. Para efectos del programa, el indicador deberá desglosarse según el nivel de complejidad del establecimiento y por área de provisión de servicio.

Ventajas y desventajas

Este indicador es un compendio de diversos elementos de la atención y los servicios, todos los cuales deberán alcanzar una puntuación mínima para que el establecimiento entre en el numerador. Dado que los servicios no mejoran de manera uniforme, especialmente si los recursos son limitados, el indicador que resulte podría mantenerse bajo por un tiempo. El desglose del indicador señalará los aspectos que han mejorado y los que se han quedado rezagados.

La puntuación de cada elemento del indicador inevitablemente contendrá un grado de subjetividad, lo cual puede afectar las comparaciones entre países al igual que las temporales, si cambian los equipos que realizan la evaluación.

Este indicador no se pondera según la carga de pacientes, dado que se incluyen establecimientos de diversos grados de complejidad de servicios. Al ponderar, probablemente se asigne un grado de influencia excesiva a los establecimientos de atención del tercer nivel y hospitales de referencia, a pesar de que los pacientes acudan en una etapa inicial a las instituciones de atención primaria.

Este indicador es similar, pero no idéntico, al Indicador de atención y apoyo No. 1 de la OMS. Dado que este último no se ha utilizado mucho, es probable que no haya efecto sobre las tendencias temporales en la mayoría de los países.

Indicador de atención y apoyo No. 3 Establecimientos de salud que cuentan con existencias de medicamentos para tratar las infecciones oportunistas y dar atención paliativa

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de establecimientos de salud que actualmente tienen en existencia los fármacos aprobados nacionalmente para tratar las infecciones oportunistas más frecuentes y dar atención paliativa, y que informan no haber tenido carencia de medicamentos en los últimos 12 meses

Instrumentos de medición

Borrador de protocolo de la OMS para la evaluación de la atención y el apoyo de los pacientes con VIH y SIDA; caracterización de la provisión de servicios (CPS) de MEASURE; protocolo de ONUSIDA para la evaluación de la atención y el apoyo

¿Qué mide?

Por mejor que sea el diagnóstico, la atención de enfermería y las destrezas para dar consejos del personal de salud, si no se dispone de los medicamentos necesarios, los servicios tendrán poco impacto. A fines de la década de 1990, el tratamiento con fármacos antirretrovirales, aparte de la atención prenatal, era tan escaso en los países más afectados por la epidemia, que medir esta parte de la atención escasamente podría justificarse como un buen uso de los recursos. Los fármacos que sirven para tratar las infecciones oportunistas más comunes representan una meta más realista, que por sí misma puede otorgar años de vida saludable y productiva a las personas infectadas, por un costo relativamente razonable. La atención paliativa también puede mejorar la calidad de vida de las personas infectadas a un bajo costo. En consecuencia, muchos programas nacionales de SIDA están tratando de proveer medicamentos para las infecciones oportunistas y dar atención paliativa en los establecimientos de salud pública.

Este indicador tiene por objeto medir el suministro constante de medicamentos en los establecimientos públicos para dar localmente tratamiento de las infecciones oportunistas y atención paliativa.

¿Cómo se mide?

Como parte de una encuesta de establecimientos de salud, se verifican las existencias de los medicamentos que las pautas nacionales recomiendan para el tratamiento apropiado de tres infecciones oportunistas comunes en la localidad, y de un fármaco para la atención paliativa. Estos medicamentos variarán según la frecuencia local de agentes patógenos y los fármacos aprobados, pero por lo general incluirán sales de rehidratación oral para la diarrea, medicamentos antimicóticos y analgésicos. Se interroga a la administración de la clínica para determinar si ha habido interrupciones de las existencias de medicamentos durante los últimos 12 meses, y se revisan los registros de la clínica para el mismo período. Es importante que también se cuente con fármacos para el tratamiento de la tuberculosis, pero sus existencias no podrán medirse en todas las clínicas puesto que se distribuyen en clínicas especiales para ese efecto.

El indicador es el número de establecimientos de salud que cuentan actualmente con dos de los fármacos elegidos para el tratamiento de las infecciones oportunistas y uno para la atención paliativa, y que informan que no han faltado ni una vez esos medicamentos en el último período de 12 meses. El denominador es el número total de clínicas estudiadas. Las instalaciones sujetas a la encuesta deberán ser de atención primaria y de los niveles más altos.

Ventajas y desventajas

En los países donde no haya normas de atención y la información sobre las infecciones oportunistas sea limitada, será difícil determinar qué fármacos habría que incluir en las existencias a revisar. Tanto OMS como ONUSIDA cuentan con pautas internacionales en relación con los fármacos esenciales para el tratamiento de las infecciones oportunistas, las cuales en algunos casos podrán sustituir a las nacionales.

Los países que no estén destinando recursos a la provisión de atención en todos los niveles del sistema de salud no tendrán mayor interés en este indicador. Es más, aún en los países que estén haciendo un esfuerzo importante al respecto, el indicador podría ser muy bajo, dado que el suministro constante de fármacos es uno de los problemas permanentes de muchos sistemas de salud. Sin embargo, a no ser que se esté seriamente tratando de corregir el problema, será un desperdicio invertir en la capacitación del personal para atender adecuadamente las afecciones relacionadas con el VIH. Vale la pena monitorear el avance en este sentido.

Indicador de Atención y Apoyo No. 4 Hogares que reciben ayuda para atender a jóvenes adultos con enfermedades crónicas

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de hogares que, teniendo un adulto de 15 a 59 años de edad enfermo por lo menos por 3 meses consecutivos durante los últimos 12 meses, recibió ayuda externa para cuidar al paciente o para sustituir la pérdida de ingresos

Instrumentos de la medición

Encuesta de población general de ONUSIDA

¿Qué mide?

A medida que la epidemia del VIH sobrecarga los sistemas de salud hasta su máxima capacidad, en muchos países la responsabilidad de dar atención a las personas afectadas pasa a asumirla la familia y la comunidad. En ciertos países, el programa nacional de SIDA y sus colaboradores están tratando activamente de dar apoyo a las familias con servicios que refuerzan la atención domiciliaria. Estos servicios van desde el apoyo psicosocial hasta la enfermería, desde el adiestramiento de las personas que darán la atención en el hogar hasta la provisión de un ingreso para sustituir el salario perdido.

En los casos en que se da lo anterior, a menudo las acciones cubren solo una pequeña proporción de los necesitados. Uno de los grandes desafíos que enfrentan los países que promueven la atención domiciliaria y comunitaria de los enfermos de SIDA es el de garantizar una cobertura adecuada. Este indicador tiene por objeto dar una indicación de la proporción de hogares afectados por discapacidad relacionada con el VIH que reciben apoyo de programas de atención con base en el hogar o la comunidad.

¿Cómo se mide?

Se pregunta a las personas que participan en una encuesta de población si durante los 12 meses anteriores algún miembro de su hogar ha estado enfermo al grado de no poder trabajar o llevar a cabo sus tareas normales por tres meses consecutivos o más. La pregunta incluye a las personas fallecidas en los últimos 12 meses y que estuvieron discapacitadas por tres meses por lo menos antes de morir. En los casos afirmativos, se pregunta la edad de la o las personas discapacitadas y si se recibió alguna ayuda que no viniera de la familia para atender al enfermo en el hogar. A los que efectivamente recibieron ayuda se les pregunta el origen de la misma y se les da una lista de fuentes potenciales de ayuda que incluya otros miembros de la familia, grupos eclesiásticos, trabajadores comunitarios de salud, curanderos tradicionales, médicos privados u otros. Es más, en cada caso debe preguntarse si se pagó por la ayuda.

El indicador está formado por el número de hogares que recibieron ayuda gratuita, de cualquier fuente (excepto parientes o vecinos) para atender a una persona de 15 a 60 años de edad que haya estado enferma por más de tres meses durante el período de los últimos 12 meses (o que estuvo enferma por tres meses antes de morir, siempre dentro de los últimos 12 meses). El denominador es el número total de hogares a cargo de una persona menor de 60 años de edad que haya estado enferma por más de tres meses durante el período de los últimos 12 meses o que haya fallecido después de estar enferma por más de tres meses en el último año.

Ventajas y desventajas

Con este indicador se trata de obtener una idea de la cobertura de los programas de atención en el hogar por medio de una caracterización de las necesidades potenciales y de calcular hasta qué punto estas se pueden satisfacer. El indicador utiliza una medida de la necesidad que, en el mejor de los casos, es imperfecta. No en todos los hogares que se atiende a una persona enferma se necesita ayuda externa. Otros

podrían haber necesitado ayuda para atender a un enfermo en el hogar, pero este podría haber seguido trabajando hasta lo último a pesar de su enfermedad y, por lo tanto, no calificar en esta medición.

Este indicador no trata de distinguir entre el VIH y otras enfermedades graves, más allá de restringuir la banda de edad a las edades en las cuales la mayoría de las enfermedades están relacionadas con el VIH en las áreas de alta prevalencia. Si bien podría preguntarse acerca de los síntomas específicos que normalmente se asocian con el VIH, por ejemplo, la diarrea crónica, probablemente habría muchos errores en las respuestas. Obviamente no es posible preguntar directamente por el estado de infección. De hecho, no es indispensable contar con esta información mientras se obtenga una tendencia creciente de los programas de atención domiciliaria de no distinguir entre los enfermos por VIH y los afectados por otras enfermedades. Esta tendencia ha surgido porque en muchas comunidades los servicios estaban causando problemas debido a que los beneficiarios quedaban marcados como personas infectadas por el VIH.

El indicador no sirve para caracterizar la calidad de la atención domiciliaria, aspecto mucho más preocupante y de importancia fundamental para los gerentes. La secuencia incluye preguntas con el fin de saber qué tipo de atención se da, y los gerentes de programa pueden usar la información, pero esta no forma parte del indicador. Donde los servicios sean prácticamente inexistentes, cualquier cambio medible de la cobertura de los servicios de atención domiciliaria puede contabilizarse como éxito. No obstante, habrá que elaborar indicadores de calidad de la atención.

El desglose del indicador según el sexo del enfermo crónico podría mostrar diferencias en las prácticas de la familia en cuanto a solicitar atención (o servicios) para un paciente masculino o femenino.

El indicador solo tiene utilidad en las epidemias generalizadas.

Indicador de atención y apoyo No. 5
Hogares que reciben ayuda para atender a los huérfanos

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de hogares que tienen a su cargo huérfanos y que durante los últimos 12 meses recibieron ayuda gratuita de fuera del hogar para darles atención

Instrumentos de medición

Encuesta de población general de ONUSIDA

¿Qué mide?

La atención de los huérfanos es uno de los aspectos de los servicios de apoyo que ha recibido más atención. Constituye una necesidad real y creciente y no suscita controversias; también cuenta con el respaldo de la comunidad y de los organismos donantes. Además de servir para disminuir las dificultades que afectan a los niños que han perdido a sus progenitores, los sistemas de apoyo a los huérfanos cumplen una función fundamental en la prevención del VIH. Esto se debe a que los niños huérfanos que no reciben apoyo tienen muchas más posibilidades de dejar la escuela, vivir una vida inestable, ser objeto de abuso sexual y tener que recurrir a tácticas de sobrevivencia de alto riesgo.

Los programas de ayuda a los huérfanos pueden ser de diversos tipos, por ejemplo: visitas periódicas al hogar de los huérfanos y las personas que los tienen a su cargo; apoyo psicosocial; ayuda en ropa o cuotas escolares, o ayuda para tener actividades remuneradas. Estas acciones se están ampliando en los países más afectados por la epidemia, pero rara vez pueden satisfacer las necesidades crecientes.

El indicador tiene por objeto medir la cobertura de los programas de ayuda a los huérfanos, que se definen como las personas menores de 15 años de edad que hayan perdido a su madre, padre o ambos.

¿Cómo se mide?

En la sección pertinente al hogar de una encuesta de población se pregunta a los participantes si en su hogar vive actualmente algún niño menor de 15 años de edad cuya madre, padre o ambos progenitores hayan fallecido. En caso afirmativo, se pregunta si recibieron algún tipo de ayuda de fuera del hogar para ese niño durante los últimos 12 meses. A los que hayan tenido apoyo se les pregunta sobre el origen de la ayuda y se les lee una lista de fuentes potenciales, como otros parientes, grupos eclesiásticos, trabajadores comunitarios de salud, personal de servicios de extensión y otros. Para cada fuente potencial se pregunta si la ayuda recibida fue pagada.

El indicador es el número de hogares que en los últimos 12 meses hayan recibido ayuda de fuentes externas (excluye a parientes y vecinos) para cuidar a los huérfanos, sobre el número total de hogares en los que actualmente residen huérfanos.

Ventajas y desventajas

El problema más grave de este indicador es que no permite determinar si las necesidades están siendo satisfechas, ya que no en todos los hogares con huérfanos se necesita ayuda. Las necesidades de los hogares con muchos huérfanos serán mayores que las de aquellos donde solo hay uno, pero este indicador no capta esa diferencia. Lamentablemente, medir las necesidades está fuera del alcance de las encuestas de población corrientes. La experiencia ha mostrado que la proporción de respuestas afirmativas es muy alta cuando se pregunta sobre la necesidad de apoyo, pero con un análisis más cualitativo se ven grandes diferencias entre la capacidad de real de afrontar el problema de algunos hogares y aquellos en que se dice que se necesita ayuda. Si bien el indicador da una idea de la cobertura global, no es una medida que permita saber hasta qué punto el apoyo dado llega a quienes más lo necesitan.

Los huérfanos constituyen una población transeúnte. Los niños que más atención necesitan podrían estar viviendo en hogares sin adultos que ni siquiera califican para participar en encuestas de hogar. Estas tampoco podrán captar a los niños de la calle y otros que no viven en hogares corrientes, y en algunas zonas urbanas estos niños constituyen una proporción importante de los huérfanos que más necesitan ayuda.

Al usar una medida con base en los niños que actualmente tienen atención, tampoco podrían captarse los hogares que recientemente hayan mandado a los huérfanos a otros hogares (probablemente porque no recibieron ayuda para ellos). Entonces, la medida que tiene como base la residencia de huérfanos en el hogar en los últimos 12 meses podría generar un doble recuento y otras complicaciones.

3.14 Impacto: VIH, ITS, mortalidad y orfandad

Metas del programa

Todos los elementos de los programas de prevención del VIH y las ITS llevan a una misma meta: reducir la transmisión del VIH y otras ITS. Si con los programas se logra cambiar el riesgo de exposición a la infección por VIH, la incidencia de la infección también deberá cambiar.

Preguntas clave

- ¿Se cuenta con un plan nacional de vigilancia del VIH y las ITS?
- ¿Cuál es el grado de infección por VIH y otras ITS y cómo son las tendencias de la misma en los diversos grupos de población que podrían estar expuestos al riesgo del VIH?
- ¿Hasta qué punto el grado de infección y las tendencias observadas en las poblaciones objeto de la vigilancia son representativos de la población general?
- ¿Hasta qué punto pueden atribuirse los cambios del impacto a las acciones del programa?

Aspectos de la medición

Mientras menos se transmita el VIH, menos casos nuevos habrá. No obstante, es muy difícil medir el número de casos nuevos por medio de un sistema de monitoreo regular y los datos de incidencia por lo general solo pueden obtenerse de estudios de cohorte longitudinales, que son caros y complejos. Por lo tanto, en los sistemas de monitoreo y evaluación a menudo se usan datos de prevalencia (corte transversal) para monitorear la magnitud de la infección entre la población. No obstante, en el caso de las enfermedades como la infección por VIH, los datos de prevalencia no son fáciles de usar como indicador suplente de las infecciones recientes. Esto es especialmente válido cuando los datos se obtienen de sistemas de vigilancia centinela referidos a poblaciones específicas, como son las mujeres en clínicas de atención prenatal. Los datos allí generados sufren de diversos sesgos en relación con el VIH, debido a la mortalidad, fecundidad disminuida de las mujeres infectadas por el virus y otros factores.

Con la vigilancia de segunda generación se trata de usar mejor los datos generados por la vigilancia centinela, en parte por medio de cambios introducidos en la obtención de las muestras y en las estrategias de análisis para que la información de un panorama más exacto de las infecciones recientes (véase el recuadro 4).

Una de las limitaciones de la vigilancia centinela cuando se utiliza en las epidemias generalizadas es que pocos sistemas pueden proporcionar información acerca de los hombres. Es posible utilizar otras medidas del impacto de la epidemia entre los hombres, por ejemplo la incidencia autonotificada de las infecciones de transmisión sexual o aquellas que presentan manifestaciones clínicas. Dado que las intervenciones destinadas a reducir la transmisión del VIH también deberían afectar las ITS (y mucho más rápido), las medidas de estas infecciones pueden ser útiles como indicador de cambios recientes en el riesgo de infección por VIH.

Por lo menos en teoría, las mujeres embarazadas que se atienden en la consulta prenatal reciben periódicamente pruebas de detección de sífilis y tratamiento para la enfermedad. La detección cotidiana tiene un buen potencial para obtener datos sobre el impacto de los programas de SIDA, ya que tal información responde mejor a las tendencias recientes de los comportamientos de riesgo que los datos sobre la prevalencia del VIH. Sin embargo, aún cuando se hacen las pruebas de detección de manera sistemática, estos datos rara vez se han notificado periódicamente a los programas de SIDA. Este es un excelente ejemplo del uso de datos existentes para el monitoreo y la evaluación.

La incidencia y prevalencia del VIH y otras ITS sirven para obtener una idea del impacto en la salud de la epidemia del VIH y de los programas de control. No obstante, se sabe que el impacto del VIH y el SIDA va mucho más allá de sus efectos en la salud, e incluso en la mortalidad. Los indicadores de enfermedad o discapacidad prolongada y en la orfandad dan una aproximación bruta del potencial impacto social y económico en ámbito del hogar y tendrán cada vez más importancia en la medida en que madura la epidemia. Es necesario contar con indicadores más finos para medir el impacto social y económico del VIH y el SIDA y del éxito de los programas nacionales en la disminución de esas repercusiones. Se espera que los instrumentos existentes se amplíen para incluir más medidas de impacto socioeconómico a medida que se generan nuevos métodos.

Indicador de impacto No. 1
Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Porcentaje de muestras de sangre obtenidas de mujeres de 15 a 24 años de edad que dan resultados positivos al examen de detección del VIH durante la vigilancia centinela de rutina en clínicas de atención prenatal

Instrumentos de medición

Guías de ONUSIDA/OMS para la vigilancia de segunda generación; pautas de la OMS para la vigilancia del VIH

¿Qué mide?

Por definición, las mujeres embarazadas han tenido relaciones sexuales sin protección durante los últimos 10 meses. La prevalencia de infección entre ellas no corresponde a la de las mujeres que no tienen relaciones sexuales, son infecundas o usan sistemáticamente anticonceptivos, tales como métodos de barrera (condones) que también previenen la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

El indicador se limita a mujeres menores de 25 años de edad, con el fin de obtener un panorama de las tendencias recientes de la infección. La mayoría de las infecciones en este grupo de edad son relativamente nuevas; además, los datos de mujeres más jóvenes tienen menos sesgos que los correspondientes a todo el grupo de mujeres en edad fértil. Si bien el indicador se informa solo para las mujeres de 15 a 24 años de edad, se recomienda obtener también, por separado, la cifra correspondiente a todo el grupo de edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad. Dado que en el pasado muchos países no informaron la prevalencia de la infección por grupos de edad específica, es importante mantener la notificación para el grupo de 15 a 49 años de edad como un todo, para poder comparar las tendencias temporales.

Es posible obtener información adicional con la prevalencia del VIH según la paridad de la mujer embarazada. Tal información se recoge cotidianamente en los sitios centinela; el análisis de las tendencias entre las mujeres de paridad 0 y 1 combinada es un buen indicador adicional de las tendencias de la incidencia del VIH entre las mujeres jóvenes.

¿Cómo se mide?

Los datos para este indicador se obtienen del sistema nacional de vigilancia centinela y el indicador se calcula por medio de las pruebas anónimas no ligadas de detección del VIH en muestras de sangre obtenidas de las mujeres que reciben atención prenatal en sitios centinela. Estos sitios se seleccionan de manera que representen zonas urbanas y rurales, grupos étnicos y otras diferencias socio-geográficas en un país determinado.

Aún cuando haya en el país programas que ofrecen consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH entre las mujeres embarazadas, el indicador debe calcularse exclusivamente con los resultados de pruebas de sangre obtenidas con otro propósito y de carácter anónimo y no ligado a la paciente. En comparación con otros métodos, con este tipo de pruebas se reducen significativamente los sesgos de rechazo y otros relacionados con la participación.

Ventajas y desventajas

Este indicador sirve para obtener una buena idea de las tendencias relativamente recientes de la infección por VIH en todo el territorio nacional en los países con epidemias de carácter principalmente heterosexual. En los países con epidemias concentradas en grupos específicos con comportamientos de riesgo particulares, el indicador es de menos confianza para evaluar las tendencias de la epidemia en su conjunto.

Asimismo, en los países con epidemias generalizadas y de transmisión heterosexual se observan grandes diferencias regionales, étnicas y de otro tipo en las tendencias de la infección por VIH. Esta información se perderá si los datos se presentan de

manera conjunta en una sola cifra nacional. Para efectos del programa, la prevalencia deberá calcularse siempre separadamente para cada lugar, además del total nacional. Habrá que ser cauteloso al presentar las tasas de prevalencia estimada según localidad, debido a que los datos pueden ser políticamente delicados.

En el pasado, los tamaños de las muestras en sitios de vigilancia centinela rutinaria se han seleccionado con el fin de medir los cambios de las tendencias en todo el grupo de edad, es decir, de 15 a 49 años. Los pacientes en cada grupo específico de edad (cada 5 años) eran muy pocos y, por lo tanto, los datos sobre las tendencias no eran fidedignos, especialmente cuando se referían a una localidad en particular. Para construir un indicador de confianza entre grupos de edad más específicos (cada 5 años, por ejemplo) será necesario utilizar tamaños de muestra más grandes entre las mujeres más jóvenes.

Las tendencias de la infección por VIH entre las mujeres embarazadas no mostrarán algunos cambios importantes de comportamiento promovidos por los programas de prevención del SIDA, como la abstinencia sexual y el uso regular de condones por toda la población y no solo entre las mujeres que reciben atención prenatal. Como se indicó en párrafos anteriores, estas tendencias tienen varios sesgos. La prevalencia entre las embarazadas da una idea de las tendencias de la prevalencia en la población general, pero no refleja exactamente el grado de infección de todas las mujeres y menos aún el de los hombres.

En consecuencia, para conseguir mayor poder de explicación, habrá que informar los datos de prevalencia junto con los de comportamiento (por ejemplo, mediana de la edad correspondiente a la primera relación sexual o uso de condón en la relación sexual más reciente).

Indicador de impacto No. 2
Prevalencia de sífilis entre mujeres embarazadas

Indicador fundamental en todas las epidemias

Definición

Porcentaje de muestras de sangre de mujeres de 15 a 24 años de edad que dan resultados positivos con la prueba de reagina plasmática rápida (RPR) para sífilis, durante la vigilancia centinela cotidiana en clínicas de atención prenatal seleccionadas

Instrumentos de medición

Pautas de la OMS para la vigilancia de las ITS y del VIH

¿Qué mide?

Las infecciones de transmisión sexual se transmiten igual que el VIH y se evitan con los mismos comportamientos de menor riesgo que promueven los programas de prevención del VIH. Ya que las ITS de origen bacteriano son curables, servirán para señalar comportamientos de riesgo más recientes que el VIH, que permanece con el paciente de por vida. A esto se agrega que los programas de prevención del VIH también están dirigidos a aumentar el diagnóstico y el tratamiento de las otras infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, la prevalencia de las ITS es una buena indicación de las tendencias recientes de los comportamientos sexuales de riesgo.

¿Cómo se mide?

En la mayoría de los países las embarazadas que reciben atención prenatal se someten a un examen de RPR para sífilis con el fin de detectar la presencia de sífilis, dar tratamiento a las infectadas y evitar la sífilis neonatal entre los hijos de las mujeres infectadas. De hecho, la sangre que se obtiene para detectar sífilis y dar tratamiento a las embarazadas es la que permite, desde el punto de vista ético, realizar las pruebas de VIH anónimas no ligadas. En consecuencia, la detección de la sífilis debe realizarse continuamente durante el año en todos los servicios de atención prenatal para todo el país. Sin embargo, los sistemas de información a veces son irregulares y es difícil garantizar la calidad de los exámenes. Las muestras de sangre deben ser hechas a nombre de cada paciente, con el fin de darle tratamiento cuando corresponda. No obstante, para efectos del indicador, se recomienda que las muestras de sangre se envíen a un laboratorio central para realizar las pruebas de VIH anónimas no ligadas y la confirmación del examen de detección de sífilis. Así se asegura la coherencia entre los resultados de los conjuntos de datos en cuanto a la selección del sitio y el período de recolección de muestras; también se facilita el control de calidad.

Para el cálculo de este indicador se recomienda que, en los países que cuenten con buenos sistemas de información y así se desee, se incluyan datos sobre la prevalencia de sífilis de un mayor número de servicios de atención prenatal que los que funcionan como sitios centinela para la vigilancia de la infección por VIH.

Asimismo, se recomienda encarecidamente que se notifique, por separado, la prevalencia de sífilis según edad, como sigue: primero, entre mujeres de 15 a 24 años de edad y segundo, el total de mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad.

El indicador corresponde al número de muestras de sangre obtenidas de mujeres de 15 a 24 años de edad con resultado de sífilis positivo, sobre el total de muestras sanguíneas obtenidas de mujeres de 15 a 24 años de edad y sometidas al examen de detección de sífilis.

Ventajas y desventajas

Dado que la sífilis es una enfermedad curable es probable que las infecciones detectadas por RPR sean relativamente recientes. Por lo tanto, se recomienda que la detección se haga entre todas las

mujeres en edad fértil es decir, las de 15 a 49 años de edad. Así se podrá obtener una idea actual de los comportamientos de riesgo. No obstante, se sabe que el indicador tendrá algunos sesgos relacionados con la infecundidad que resulta de la sífilis.

Para efectos del programa y, especialmente para observar los cambios de los comportamientos de riesgo entre la juventud, los datos deberán desglosarse también por grupo de edad específico, es decir, de 15 a 19, 20 a 24 y 15 a 24, además del total para todas las mujeres en edad fértil, vale decir, de 15 a 49 años.

Indicador de impacto No. 3 Prevalencia el VIH en grupos de población con comportamientos de alto riesgo

Indicador fundamental en las epidemias concentradas

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

Prevalencia del VIH entre miembros de un grupo de población determinado que tiene mayor riesgo de infectarse con el VIH o transmitir el virus

Instrumentos de medición

Guías de ONUSIDA/OMS para la vigilancia de segunda generación; guías de FHI para obtener muestras de subgrupos de población

¿Qué mide?

En los países con epidemias concentradas, el monitoreo de la infección por VIH entre las mujeres embarazadas podría llegar convertirse en un desperdicio de recursos. De todos modos, la mayoría de las intervenciones que se lleva a cabo en las epidemias concentradas se dirigen a los comportamientos o grupos que más influyen en el avance de la enfermedad, que por lo general son uno o varios de los siguientes: usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales y sus clientes frecuentes.

El diseño de los sistemas de vigilancia de segunda generación debe tomar en cuenta el estado de la epidemia. En los países de epidemias de bajo nivel o concentradas, la vigilancia de la infección por VIH y la del comportamiento deberá dirigirse a los grupos de población en los que se concentra la mayoría de las infecciones y de las intervenciones. Los cambios observados en la prevalencia del VIH en estos grupos de población representarán el éxito o fracaso de las acciones de prevención.

¿Cómo se mide?

Medir la prevalencia del VIH en grupos de población específicos tiene dificultades logísticas y éticas, especialmente si las personas que los componen son marginadas o sus actividades, ilegales. El cálculo del tamaño total de la población y la muestra son aspectos fundamentales. Para generar el indicador, es también indispensable tener información sobre cómo se relaciona la población estudiada con el grupo más grande que comparte los mismos comportamientos de riesgo. En algunos casos será necesario utilizar estrategias de muestreo con base en la población; en otros, se hará por medio de sitios centinela. A menudo los sitios centinela para estas poblaciones están ligados a la provisión de servicios de salud, por ejemplo, una clínica que provee servicios a los hombres y está ubicada en una zona donde haya muchos bares frecuentados por hombres que tienen sexo con hombres o un centro de rehabilitación de drogadictos.

El indicador está formado por el número de individuos del grupo de población de riesgo cuyos resultados de la prueba de detección del VIH tomada en un sitio centinela específico son positivos, dividido por el número total de miembros del grupo sometidos al examen de detección del VIH.

Ventajas y desventajas

Dadas las dificultades que se presentan para llegar a estos grupos de población, los sesgos de la vigilancia serológica probablemente sean mucho mayores y más difíciles de predecir que en los casos de poblaciones menos específicas, como son las mujeres embarazadas en atención prenatal. En el ejemplo de los sitios centinela que dan servicios de salud el subgrupo en cuestión, la misma utilización del servicio puede estar relacionada con problemas que se derivan de la infección por VIH.

Un sesgo cuya disminución presenta dificultades especiales es el relacionado con la edad dado que la edad de participación en comportamientos de alto

riesgo puede variar significativamente. Por lo tanto no se recomienda restringir el análisis a los jóvenes, como es el caso de los servicios de atención prenatal.

A pesar de los obstáculos, es imprescindible vigilar las tendencias de la infección por VIH entre los grupos con comportamientos de riesgo en los países con epidemias concentradas. La información podrá ser imperfecta, pero se obtendrá alguna medida del avance o estancamiento que servirá para mantener el apoyo a los programas de prevención dirigidos a estos grupos clave.

Indicador de impacto No. 4
Porcentaje de niños huérfanos

Indicador fundamental en las epidemias generalizadas

Definición

El porcentaje de niños menores de 15 años de edad que viven en un hogar y cuya madre, padre o ambos progenitores hayan fallecido

Instrumentos de medición

Sección sobre el hogar de la encuesta de población general de ONUSIDA; sección sobre el hogar de las EDS; datos del censo

¿Qué mide?

El VIH está cambiando la fisonomía de la mortalidad de los adultos en muchos ámbitos. El virus causa la muerte de hombres y mujeres justamente cuando comienzan a constituirse en familia y a criar hijos. Estas defunciones generan huérfanos que deben ser atendidos, y que normalmente quedan a cargo de otros miembros de la comunidad. El impacto social y económico del aumento de la orfandad puede llegar a ser considerable. Por lo tanto, si los programas de SIDA pueden informarse sobre las tendencias de este fenómeno, podrán prepararse mejor para planificar acciones paliativas. Este indicador sirve para llevar la cuenta del número de huérfanos en un país determinado.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de hogares o censo nacional, se pregunta la edad de todos los niños que viven en el hogar y si la madre o el padre de cada niño está vivo. Todos los menores de 15 años de edad cuyo padre, madre o ambos progenitores hayan fallecido pasan a formar parte del numerador del indicador. El denominador estará dado por el número total de niños menores de 15 años de edad señalado por la persona que responde a la encuesta.

Será útil desglosar los resultados según los huérfanos sean de madre, padre o ambos.

Ventajas y desventajas

Los datos que señalan un aumento de la orfandad pueden ser un indicador muy fuerte en relación con el impacto de la epidemia de SIDA. Además de servir para llevar la cuenta de las defunciones en una comunidad dada, el indicador puede usarse en diversas acciones de abogacía. Una desventaja del indicador es que no permite distinguir entre los huérfanos debido al SIDA de por otras causas. No obstante, dado que la mortalidad entre los jóvenes se había estabilizado o estaba en descenso en la mayoría de los países durante los años anteriores a la epidemia del VIH, puede suponerse que la mayor parte de la orfandad que rebasa la línea de base puede atribuirse al SIDA.

Los huérfanos pueden ser más transeúntes que el resto de los niños y los que más atención necesiten pueden estar viviendo en hogares que no califican como parte de una encuesta de hogares. Los niños de la calle que viven en orfanatos tampoco serán captados. Los hogares en que haya habido defunciones por SIDA a menudo se desintegran completamente cuando mueren los dueños de casa, y los niños se van a vivir con parientes dentro o fuera de la zona. Si en una encuesta de hogares se incluye una pregunta sobre la supervivencia de los progenitores podría subsanarse en parte el tema de la desintegración del hogar para efectos de los resultados de la encuesta.

La definición de orfandad varía de un país a otro. En algunos países la definición legal incluye a todos los niños menores de 18 años que han perdido a uno o ambos progenitores por defunción. En otros, son todos los niños menores de 15 años de edad cuya madre ha fallecido. Se recomienda que se utilice la definición uniforme que se da para este indicador para poder comparar entre diversas poblaciones. Sin embargo, en cada país podría justificarse la recolección de datos para el indicador con base en la definición nacional de huérfano. El método para elaborar el indicador sigue siendo el mismo.

Indicador de impacto No. 5
Razón de huérfanos: no huérfanos en la escuela

Indicador adicional en las epidemias generalizadas

Definición

En una encuesta de hogares, la razón de niños huérfanos de 10 a 14 años de edad que actualmente van a la escuela sobre los niños de la misma edad que no son huérfanos y van a la escuela

Instrumentos de medición

Encuesta de hogares en las EDS; encuesta de hogares de las encuestas de población general de ONUSIDA

¿Qué mide?

Algunos estudios realizados en la comunidad indican que uno de los primeros efectos del SIDA y la muerte es que se saca a los niños de la escuela, por varias razones: puede que los niños se tengan que quedar en la casa a cuidar a sus padres enfermos o a hermanos menores cuando la madre ya no los pueda atender. El indicador solo mide a los niños cuyo padre, madre o ambos hayan fallecido. Los niños también podrían tener que dejar el colegio para empezar a ganar dinero cuando se pierde el salario de un adulto a causa de su defunción. Asimismo, la falta de ingresos y el costo de la atención pueden llevar a que la familia ya no tenga recursos suficientes para mandar a los niños al colegio. En algunos casos, las niñas pueden tratar de agregar ingreso a la familia por medio del intercambio de dinero u otros bienes por relaciones sexuales, y dejan la escuela cuando quedan embarazadas, lo cual es a veces un resultado indirecto de la defunción de los padres.

El abandono de la educación a su vez limita las oportunidades y lleva a asumir estrategias de supervivencia de alto riesgo, aumentando así la vulnerabilidad al VIH en otra generación más.

No obstante, las tendencias de la escolaridad se ven afectadas por varios factores, no solo la orfandad. Por lo tanto, con el fin de tratar de distinguir el efecto de la orfandad en la asistencia a la escuela de otras causas, el indicador se elaboró como la razón entre huérfanos y niños que no son huérfanos que van a la escuela.

¿Cómo se mide?

En una encuesta de hogares, se pide a los participantes que hagan una lista de los niños que viven en la casa, con la edad correspondiente; también se pregunta si la madre y el padre de cada niño viven y si actualmente los niños van a la escuela. El indicador se construye al comparar la proporción de niños de 10 a 14 años de edad que pueden definirse como huérfanos y van a la escuela con la proporción de niños de la misma edad, que no son huérfanos y van a la escuela.

El indicador se limita a los niños de 10 a 14 años de edad porque la edad de ingreso a la escuela varía bastante de un país a otro, de modo que si se incluyen niños de menor edad podría llevar a diferencias significativas que no estarían relacionadas con la mortalidad paterna o materna. La información deberá presentarse desglosada por sexo.

Ventajas y desventajas

Al igual que otras medidas de impacto social y económico, este indicador no sirve para señalar la causa de la muerte de los progenitores, pero se supone que una gran proporción de las muertes de adultos con hijos en edad escolar en países con epidemias de VIH generalizadas se debe a la infección por este virus.

Una limitación potencial del indicador surge del hecho que los huérfanos que no van a la escuela tienen muchas más posibilidades que otros niños de vivir fuera de hogares estables y, por lo tanto, no ser captados por las encuestas.

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicator	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de Política No. 1	Policy Indicator 1	Índice de esfuerzo del programa de SIDA (IEP)	The AIDS Programme Effort Index (API)	Cuestionario y protocolo del Índice de Esfuerzo del Programa de SIDA(IEP)	The AIDS Programme Effort Index (API) questionnaire and protocol
Indicador de política No. 2	Policy Indicator 2	Gastos en programas de prevención del VIH	Spending on HIV prevention programmes	Protocolo de SIDALAC para medir en las cuentas nacionales los gastos relacionados con el VIH y el SIDA	SIDALAC protocol for the measurement of National Account for Expenditure on HIV and AIDS
Indicador de disponibilidad de condones No. 1	Condom Availability Indicator 1	Condones disponibles para distribuir a todo el país	Condoms available for distribution nation-wide	Protocolo de la OMS/PMS para estimar la disponibilidad de condones para distribuir en el ámbito central y periférico	WHO/GPA protocol for estimating condom availability for distribution at the central and peripheral level
Indicador de disponibilidad de condones No. 2	Condom Availabiltiy Indicator 2	Ventas al por menor y puntos de distribución con abastecimiento de condones	Retail outlets and services with condoms in stock	Protocolo compilado de disponibilidad y calidad de los condones de MEASURE Evaluation/OMS/PSI	*MEASURE* Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol
Indicador de disponibilidad de condones No. 3	Condom Availabiltiy Indicator 3	Condones que cumplen con las medidas de control de calidad	Condoms that meet quality control measures	Protocolo compilado de disponibilidad y calidad de los condones de MEASURE Evaluation/OMS/PSI	*MEASURE* Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol
Indicador de estigma y discriminación No. 1	Stigma and discrimination Indicator 1	Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH	Accepting attitudes towards those living with HIV	Encuesta de población general de ONUSIDA; Módulo de SIDA de las EDS; Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS Module; FHI BSS (adult); FHI BSS (youth)
Indicador de estigma y discriminación No. 2	Stigma and discrimination Indicator 2	Empleadores que garantizan que no se discriminará a las personas infectadas por el VIH	Employers ensuring no discrimination against people with HIV	Protocolo de ONUSIDA para determinar la discriminación de las personas que viven con el VIH	UNAIDS protocol for the identification of discrimination against people living with HIV

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicator	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de conocimiento No. 1	Knowledge ndicator 1	Conocimientos de métodos de prevención del VIH	Knowledge of HIV prevention methods	Encuesta de población general de ONUSIDA; Módulo de SIDA de las EDS; Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (adult); FHI BSS (youth)
Indicador de conocimiento No. 2	Knowledge Indicator 2	Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA	No incorrect beliefs about AIDS	Encuesta de población general de ONUSIDA; Módulo de SIDA de las EDS; Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (adult); FHI BSS (youth)
Indicador de conocimiento No. 3	Knowledge Indicator 3	Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Knowledge of HIV prevention among men having sex with men	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen sexo con hombres)	FHI BSS (men who has sex with men)
Indicador de conocimiento No. 4	Knowledge Indicator 4	Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables	Knowledge of HIV prevention among injecting drug users	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)	FHI BSS (injecting drug users)
Indicador de conocimiento No. 5	Knowledge Indicator 5	Conocimientos sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	Knowledge of prevention of mother to child transmission of HIV	Encuesta de población general de ONUSIDA; Módulo de SIDA de las EDS; Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (adult)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicator	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 1	Voluntary Counseling and Testing Indicator 1	Población que solicita hacerse la prueba del VIH, recibe la prueba y los resultados	Population requesting an HIV test, receiving a test and receiving test results	Encuesta de población general de ONUSIDA; Módulo de SIDA de las EDS; Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos); Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (adult); FHI BSS (youth)
Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 2	Voluntary Counseling and Testing (VCT) Indicator 2	Distritos con servicios de consejería y pruebas voluntarias	Districts with Voluntary Counseling and Testing (VCT) services	No se requiere un instrumento específico	No specific tool needed
Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 3	Voluntary Counselling and Testing Indicator 3	Consejería de calidad después de una prueba de detección del VIH	Quality post HIV test counselling	Protocolo de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias	UNAIDS protocol for the evaluation of voluntary counselling and HIV testing services
Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 4	Voluntary Counselling and Testing Indicator 4	Centros de consejería y pruebas voluntarias de detección del VIH que cuentan con las condiciones mínimas para proveer servicios de calidad	VCT centres with minimum conditions to provide quality services	Protocolo de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias	UNAIDS protocol for the evaluation of voluntary counselling and testing services
Indicador de servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH No. 5	Voluntary Counselling and Testing Indicator 5	Laboratorios que se ciñen a protocolos de calidad para realizar pruebas voluntarias de detección del VIH	VCT laboratories that follow quality testing protocols	Recomendaciones de la OMS para seleccionar y utilizar las pruebas de detección de anticuerpos al VIH; protocolo de sangre segura de MEASURE (véase la sección de laboratorios para el tamizaje de la sangre)	WHO recommendations for selection and use of HIV antibody test; MEASURE Evaluation blood safety protocol (section on blood screening laboratories)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de transmisión maternoinfantil No. 1	Mother to Child Transmission Indicator 1	Mujeres embarazadas que han recibido consejería y pruebas de VIH	Pregnant women counselled and tested for HIV	Encuesta de población general de ONUSIDA	UNAIDS general population survey
Indicador de transmisión maternoinfantil No. 2	Mother to Child Transmission Indicator 2	Clínicas de atención prenatal que ofrecen consejería y pruebas de VIH voluntarias o refieren a las mujeres a dichos servicios	Antenatal clinics offering or referring for VCT	Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH; instrumento de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias	UNAIDS guide to the monitoring and evaluation of prevention programmes for mother to child HIV transmission; UNAIDS tool for evaluating HIV voluntary counselling and testing
Indicador de transmisión maternoinfantil No. 3	Mother to Child Transmission Indicator 3	Consejería de calidad sobre el VIH para las mujeres embarazadas	Quality HIV counselling for pregnant women	Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH; guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de servicios de consejería y pruebas de detección voluntarias	UNAIDS guide to the monitoring and evaluation of prevention programmes for mother to child HIV transmission; UNAIDS guide to the monitoring and evaluation of voluntary counselling and testing services
Indicador de transmisión maternoinfantil No. 4	Mother to Child Transmission Indicator 4	Porcentaje de mujeres infectadas por el VIH que recibe tratamiento antirretroviral durante el embarazo	HIV-positive women provided with antiretroviral therapy in pregnancy	Guía de ONUSIDA para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	UNAIDS guide to the monitoring and evaluation of prevention programmes for the mother to child HIV transmission
Indicador de negociación sexual No. 1	Sexual Negotiation Indicator 1	Capacidad de las mujeres de negociar las relaciones sexuales de menor riesgo con sus maridos	Women's ability to negotiate safer sex with husband	Encuesta de población general de ONUSIDA	UNAIDS general population survey
Indicador de comportamiento sexual No. 1	Sexual Behaviour Indicator 1	Relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior	Higher risk sex in the last year	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS Module; FHI BSS (adult)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de comportamiento sexual No. 2	Sexual Behaviour Indicator 2	Uso de condón en la última relación sexual de mayor riesgo	Condom use at last higher risk sex	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS Module; FHI BSS (adult)
Indicador de comportamiento sexual No. 3	Sexual Behaviour Indicator 3	Relaciones sexuales comerciales en el último año	Commercial sex in the last year	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS Module; FHI BSS (adult)
Indicador de comportamiento sexual No. 4	Sexual Behaviour Indicator 4	Uso de condón en la relación sexual comercial más reciente, información del cliente	Condom use at last commercial sex, client report	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS Module; FHI BSS (adult)
Indicador de comportamiento sexual No. 5	Sexual Behaviour Indicator 5	Uso de condón en la relación sexual comercial más reciente, información de la trabajadora sexual	Condom use at last commercial sex worker report	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (trabajadoras sexuales)	FHI BSS (sex workers)
Indicador de comportamiento sexual No. 6	Sexual Behaviour Indicator 6	Relaciones sexuales de alto riesgo entre hombres en el último año	Higher risk male-male sex in the last year	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)	FHI BSS (men who have sex with men)
Indicador de comportamiento sexual No. 7	Sexual Behaviour Indicator 7	Uso de condón en la relación sexual anal más reciente entre hombres que tienen sexo con hombres	Condom use at last anal sex between men	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (hombres que tienen sexo con hombres)	FHI BSS (men who have sex with men)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 1	Young people's sexual behaviour Indicator 1	Mediana de la edad de la primera relación sexual de los jóvenes de ambos sexos	Median age at first sex among young men and women	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS modules; FHI BSS (youth)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 2	Young people's sexual behaviour Indicator 2	Jóvenes que hayan tenido relaciones sexuales prematrimoniales en el último año	Young people having premarital sex in the last year	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (youth)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 3	Young people's sexual behaviour Indicator 3	Jóvenes que utilizan condón en las relaciones sexuales prematrimoniales	Young people using a condom during premarital sex	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (youth)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 4	Young people's sexual behaviour Indicator 4	Jóvenes que hayan tenido parejas múltiples en el año más reciente	Young people having multiple partners in last year	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (youth)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 5	Young people's sexual behaviour Indicator 5	Jóvenes que hayan usado condón en la relación sexual de alto riesgo más reciente	Young people using a condom at last higher risk sex	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (youth)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 6	Young people's sexual behaviour Indicator 6	Uso de condón en la primera relación sexual	Condom use at first sex	Encuesta de población general de ONUSIDA; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (jóvenes)	UNAIDS general population survey; FHI BSS (youth)
Indicador de comportamiento sexual de los jóvenes No. 7	Young people's sexual behaviour Indicator 7	Mezcla de edades en las relaciones sexuales	Age-mixing in sexual relationships	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module
Indicador de uso de drogas inyectables No. 1	Injecting drug use Indicator 1	Usuarios de drogas inyectables que compartieron equipo la última vez que se inyectaron	Injecting drug users sharing equipment at last inyection	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)	FHI BSS (injection drug users)
Indicador de uso de drogas inyectables No. 2	Injecting drug use Indicator 2	Usuarios de drogas inyectables que no compartieron equipo ni una vez en el mes anterior	Injecting drug users never sharing equipment in the last month	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)	FHI BSS (injecting drug users)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de uso de drogas inyectables No. 3	Injecting drug use Indicator 3	Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en su relación sexual más reciente, según tipo de pareja	Drug injectors using condoms at last sex, by partners type	Encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (usuarios de drogas inyectables)	FHI BSS (injecting drug users)
Indicador de sangre segura No. 1	Blood Safety Indicator 1	Porcentaje de unidades de sangre transfundidas que han sido sometidas a examen de detección del VIH	Percent of transfused blood units screened	Protocolo de sangre segura de *MEASURE* Evaluation	*MEASURE* Evaluation blood safety protocol
Indicador de sangre segura No. 2	Blood Safety Indicator 2	Disminución del número de transfusiones	Reduction of blood transfusions	Protocolo de sangre segura de *MEASURE* Evaluation	*MEASURE* Evaluation blood safety protocol
Indicador de sangre segura No. 3	Blood Safety Indicator 3	Distritos o regiones con sistemas de reclutamiento de donantes y servicios de transfusión de sangre	District or regions with donor recruitment and blood transfusion services	Protocolo de sangre segura de *MEASURE* Evaluation	*MEASURE* Evaluation blood safety protocol
Indicador de sangre segura No. 4	Blood Safety Indicator 4	Establecimientos de salud que cuentan con normas y prácticas para prevenir la transmisión accidental del VIH	Health care settings with guidelines and practices for prevention of accidental HIV transmission	Caracterización de la provisión de servicios de *MEASURE* (encuesta de establecimientos CPS); Protocolo de sangre segura de *MEASURE* Evaluation	*MEASURE* Service Provision Assessment (SPA facility survey); *MEASURE* Evaluation blood safety protocol
Indicador de la atención de las ITS No. 1	STI Service Indicator 1	Diagnóstico y tratamiento apropiado de las ITS	Appropriate diagnosis and treatment of STIs	Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*	WHO/UNAIDS revised guidelines on evaluation STI services; MEASURE Service Provision Assessment (SPA)
Indicador de la atención de las ITS No. 2	STI Service Indicator 2	Recomendaciones a los pacientes de ITS sobre la prevención y derivación a servicios de exámenes de detección del VIH	Advice to STI patients on prevention and referral to HIV testing services	Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*	WHO/UNAIDS revised guidelines on evaluation STI services; *MEASURE* Services Provision Assessment (SPA)

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de la atención de las ITS No. 3	STI Service Indicator 3	Suministro de medicamentos en los servicios de atención de las ITS	Drug supply at STI care services	Pautas actualizadas de OMS/ONUSIDA para evaluar los servicios de ITS; Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*	WHO/UNAIDS revised guidelines on evaluation STI services; *MEASURE* Services Provision Assessment (SPA)
Indicador de la atención de las ITS No. 4	STI Service Indicator 4	Hombres y mujeres que solicitan tratamiento de ITS	Men and women seeking treatment for STIs	Encuesta de población general de ONUSIDA; módulo de SIDA de las EDS; encuesta de vigilancia del comportamiento de FHI (adultos)	UNAIDS general population survey; DHS AIDS module; FHI BSS (adult)
Indicador de atención y apoyo No. 1	Care and Support Indicator 1	Personal médico con adiestramiento para atender las afecciones relacionadas con la infección por VIH	Medical personnel trained in the care of HIV-related conditions	Caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*; estadísticas de las escuelas de capacitación médica	*MEASURE* Service Provision Assessment (SPA); Statistics of medical training schools
Indicador de atención y apoyo No. 2	Care and Support Indicator 2	Establecimientos de salud que cuentan con capacidad de dar atención apropiada a los pacientes con infección por VIH	Health facilities with the capacity to deliver appropriate care to HIV-infected patients	Borrador de protocolo de la OMS para la evaluación de la atención y el apoyo de los pacientes con VIH y SIDA; protocolo de ONUSIDA para la evaluación de la atención y el apoyo	WHO draft protocol for the evaluation of HIV/AIDS care and support; UNAIDS protocol for evaluation of care and support
Indicador de atención y apoyo No. 3	Care and Support Indicator 3	Establecimientos de salud que cuentan con existencias de medicamentos para tratar las infecciones oportunistas y dar atención paliativa	Health facilities with drugs for opportunistic infections and palliative care in stock	Borrador de protocolo de la OMS para la evaluación de la atención y el apoyo de los pacientes con VIH y SIDA; caracterización de la provisión de servicios (CPS) de *MEASURE*; protocolo de ONUSIDA para la evaluación de la atención y el apoyo	WHO draft protocol for the evaluation of HIV/AIDS care and support; *MEASURE* Service Provision Assessment (SPA); UNAIDS protocol for care and support
Indicador de atención y apoyo No. 4	Care and Support Indicator 4	Hogares que reciben ayuda para atender a jóvenes adultos con enfermedades crónicas	Household receiving help in caring for chronically ill young adults	Encuesta de población general de ONUSIDA	UNAIDS general population survey

Indicador por elemento del programa	Programme area indicator	Indicador	Indicador	Instrumentos de Medición	Measurement Tool
Indicador de atención y apoyo No. 5	Care and Support Indicator 5	Hogares que reciben ayuda para atender a los huérfanos	Household receiving help with orphan care	Encuesta de población general de ONUSIDA	UNAIDS general population survey
Indicador de impacto No. 1	Impact Indicator 1	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas	HIV prevalence among pregnant women	Guías de ONUSIDA/OMS para la vigilancia segunda generación; pautas de la OMS para la vigilancia del VIH	UNAIDS/WHO Second Generation Surveillance guidelines; WHO guidelines for HIV surveillance
Indicador de impacto No. 2	Impact Indicator 2	Prevalencia de sífilis entre mujeres embarazadas	Syphilis prevalence among pregnant women	Pautas de la OMS para la vigilancia de las ITS y del VIH	WHO surveillance guidelines for STI and for HIV
Indicador de impacto No. 3	Impact Indicator 3	Prevalencia el VIH en grupos de población con comportamientos de alto riesgo	HIV prevalencia in sub-populations with high risk behaviour	Guías de ONUSIDA/OMS para la vigilancia de segunda generación; guías de FHI para obtener muestras de subgrupos de población	UNAIDS/WHO Second Generation Surveillance guidelines; FHI guidelines on sampling in sub-populations
Indicador de impacto No. 4	Impact Indicator 4	Porcentaje de niños huérfanos	Percent of children who are orphans	Sección sobre el hogar de la encuesta de población general de ONUSIDA; sección sobre el hogar de las EDS; datos del censo	Household schedule in UNAIDS general population survey; DHS household schedule; Census data
Indicador de impacto No. 5	Impact Indicator 5	Razón de huérfanos: no huérfanos en la escuela	Ratio of orphans to non-orphans who are in school	Encuesta de hogares en EDH; encuesta de hogares de las encuestas de población general de ONUSIDA	Household schedule in DHS; Household schedule in UNAIDS general population survey