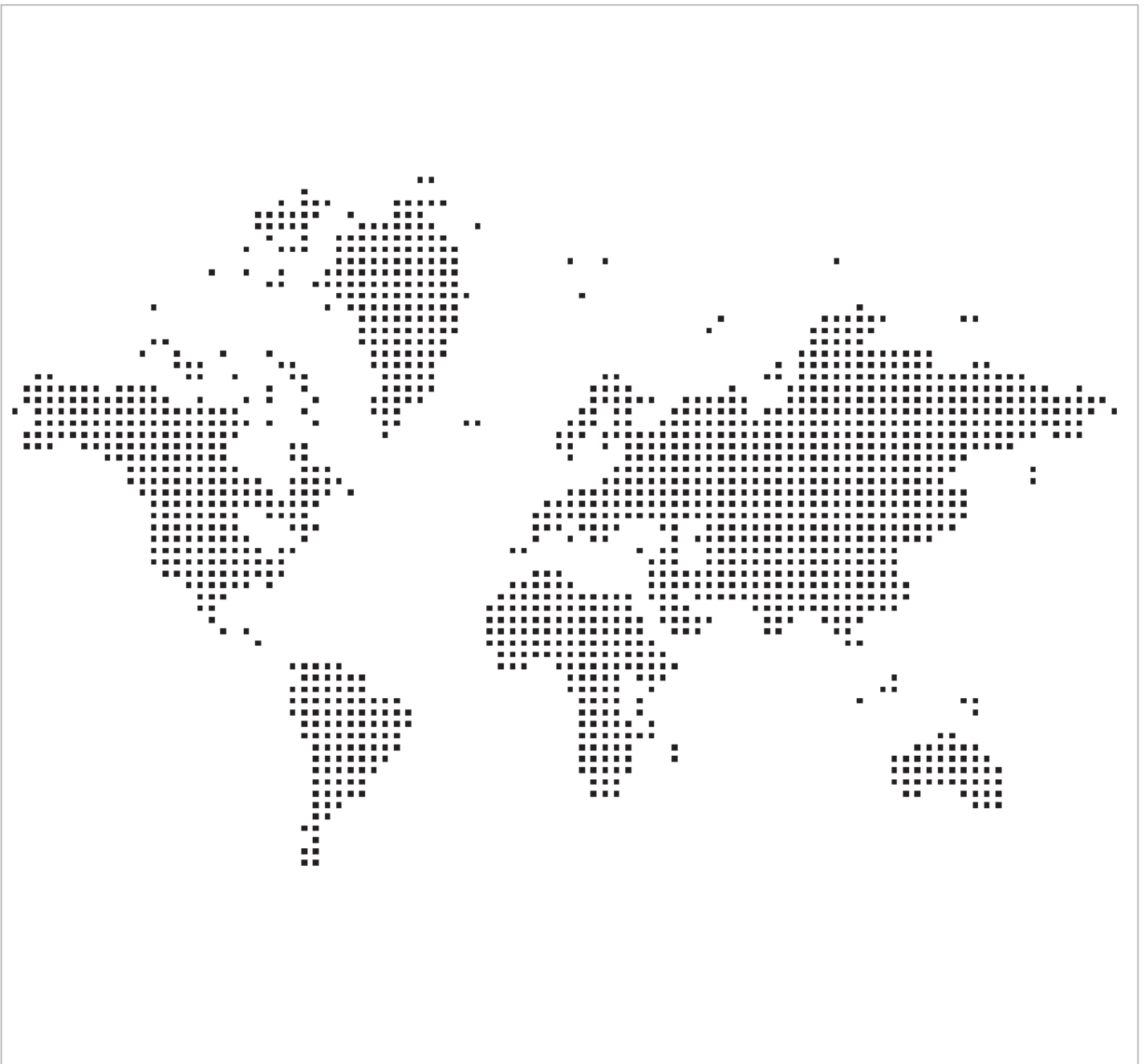


Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo



ONUSIDA/08.23S / JC1519S (versión española, Noviembre de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/07.15E / JC1338E, Abril de 2007:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations.

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA) 2008.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 48 35) o por correo electrónico (publicationpermissions@un aids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.

“ONUSIDA/08.23S / JC1519S”.

1.Infecciones por VIH – prevención y control. 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología. 3.Evaluación de programas. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173 707 9

(Classification NLM : WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@un aids.org – Internet: <http://www.un aids.org>

Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo

Índice

Prefacio	4
Agradecimientos	5
Lista de acrónimos	6
Glosario de términos	7
Capítulo 1. Introducción	9
Capítulo 2. ¿Qué son las epidemias de bajo nivel y concentradas?	19
Capítulo 3. Determinación de la magnitud y la naturaleza del problema	27
Capítulo 4. Determinación de los factores contribuyentes	35
Capítulo 5. Vigilancia y evaluación del proceso. Determinación de la calidad en la ejecución de programas.	43
Capítulo 6. Vigilancia de la aceptación y la cobertura de los programas	49
Capítulo 7. Evaluación de la efectividad de la intervención. Evaluación de resultados	57
Capítulo 8. Seguimiento de los resultados del programa y de los indicadores del impacto: el papel de las encuestas y la vigilancia	66
Capítulo 9. Determinación de la efectividad colectiva: uso de triangulación y análisis integrados	75
Apéndice. Indicadores del UNGASS	83

Prefacio

El marco organizativo que se describe en este documento, cuyo desarrollo significó más de dos años de trabajo, refleja el aporte de muchas personas y de organizaciones nacionales e internacionales comprometidas con la planificación, la vigilancia y la evaluación de programas de prevención dirigidos a aquellos individuos y poblaciones en situación de mayor riesgo de contraer el VIH. Fue diseñado para los administradores de programas nacionales y subnacionales y para otras personas que participan en (1) la planificación y la ejecución de programas; (2) la vigilancia y la evaluación; y (3) la utilización de datos e información para el desarrollo de políticas y el mejoramiento de los programas.

Este marco no está concebido para servir como una guía más para la supervisión de indicadores. No obstante, se incluyen en el Apéndice, como información adicional, los indicadores del UNGASS 2007 para las poblaciones de mayor riesgo. Dado que ésta es un área de trabajo relativamente nueva, surgió la necesidad de describir en un único documento principios rectores clave, conceptos y un marco organizativo que pudiera catalizar el trabajo y funcionar como un primer paso hacia el fortalecimiento de las bases conceptuales y la organización de la gran cantidad de métodos inconexos, referencias y materiales sobre esta área. Este marco se probará sobre el terreno y se desarrollarán directrices prácticas y operativas adicionales. Por lo tanto, tampoco es el propósito de este documento funcionar como manual operativo. El manual operativo —que se desarrollará en el futuro— deberá tener en cuenta los problemas específicos de la población en relación con la región, el ámbito y el contexto, por mencionar sólo algunas cuestiones, y adaptarse a ellas.

Este marco organizativo se está distribuyendo como marco inicial y, durante los próximos años, se lo utilizará en diversos ámbitos sobre el terreno para evaluar su factibilidad y aplicabilidad. La experiencia en el uso de este documento y las enseñanzas adquiridas se cotejarán y organizarán para que sirvan de base para el desarrollo de futuras directrices. En este aspecto, serán bienvenidos todos los comentarios y opiniones, que deberán enviarse al Departamento de Evaluación del ONUSIDA.

Agradecimientos

Este documento es el resultado del esfuerzo mancomunado de un gran número de organismos y personas que trabajan para mejorar la situación de las poblaciones más afectadas por el VIH. Entre las organizaciones que colaboraron en el desarrollo de este marco se incluyen USAID, CDC, OMS, ONUSIDA, UNICEF, Banco Mundial y Family Health International. El esfuerzo fue coordinado por MEASURE Evaluation.

La idea de crear el documento nació de David Wilson y se hizo realidad gracias al aporte y el entusiasmo de Cameron Wolf. Entre los miembros del grupo técnico de trabajo para la vigilancia y la evaluación de las poblaciones en mayor riesgo que han contribuido al desarrollo de este marco podemos mencionar a Ruth Bessinger, Paul DeLay, Hilary Homans, Mary Mahy, Greet Peersman, Cyril Pervhilac, Dimitri Prybylski, Deborah Rugg, Patchara Rumakom, Keith Sabin y Cameron Wolf.

Entre quienes hicieron un aporte significativo a la redacción se incluyen Mike Merrigan, que preparó el borrador del capítulo sobre vigilancia del proceso; Keith Sabin, que contribuyó a los capítulos sobre estimación de la magnitud, evaluación de los factores determinantes y vigilancia de los resultados y del impacto; Greet Peersman, Deborah Rugg, Roger Myrick y Sara Melillo, que redactaron el capítulo sobre evaluación de la eficacia de las intervenciones; y Dimitri Prybylski, que redactó el capítulo sobre triangulación. Las secciones dedicadas a los antecedentes, la introducción y los indicadores se enriquecieron gracias a los aportes de Hilary Homans y Mary Mahy sobre adolescentes y jóvenes en riesgo; de Clif Cortez, que ayudó a definir las poblaciones de mayor riesgo; de Matt Friedman y Patchara Rumakom, que proporcionaron información sobre el concepto de conjunto mínimo; de Deborah Rugg, que definió la sucesión de pasos a seguir en V+E, y de Sharon Weir, que presentó ejemplos relacionados con el método PLACE (Priorities for Local AIDS Control Efforts, Prioridades para las Iniciativas Locales de Control del Sida). Ruth Bessinger tuvo a su cargo la preparación de la guía.

Después de que los miembros del grupo técnico de trabajo discutieran el borrador inicial de este documento en una reunión mantenida en Ginebra en agosto de 2005, se distribuyó un borrador revisado con el objeto de recoger comentarios. Además de los miembros del grupo técnico de trabajo mencionados anteriormente, debemos mencionar entre las personas que hicieron su aporte en la reunión de Ginebra o que contribuyeron con su opinión sobre las versiones preliminares siguientes a Eddy Beck, Tim Brown, Karl Dehne, Catherine Hankins, Lori Hieber-Girardet, Jose Izazola, Rob Lyerla, Serigne Ndiaye, Kevin O'Reilly, Jessica Rose, Andy Seale, Jackie Tate y Kate Thomson. En julio de 2006, el ONUSIDA publicó una versión casi final como documento de trabajo.

El documento de trabajo de julio de 2006 se envió al campo y recibió los aportes de revisores de Europa oriental, América Latina y el Caribe, África subsahariana y Asia. Entre quienes contribuyeron a esta versión final, debemos citar a: Abu Abdul-Quader, Alimou Barry, Alexei Bobrik, Michel Carael, Mohammed Dahoma, Theresa Diaz, Sergiy Dvoryak, Ksenia Eroshina, Laurel Fain, Peter Figueroa, Samuel Grigoryan, Gabriela de la Iglesia, Elizabeth Lloyd, Salil Panakadan, Caroline Ryan, Zoya Shabarova, y Joachim Theis.

Lista de acrónimos

Sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ART	terapia antirretrovírica
SVC	sistema de vigilancia comportamental
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
AP	asesoramiento y pruebas de VIH
FHI	Family Health International
PFS	profesional femenina del sexo
FMSTM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
CDI	consumidor de drogas inyectables
EBCI	encuestas biológicas y comportamentales integradas
PMR	población de mayor riesgo
V+E	vigilancia y evaluación
SIG	sistema de información de gestión
HSH	hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
PMS	profesionales masculinos del sexo
ONG	organización no gubernamental
IO	infecciones oportunistas
PLACE	Prioridades para las Iniciativas Locales de Control del Sida (Priorities for Local AIDS Control Efforts)
PVV	personas que viven con el VIH
MDE	muestreo dirigido por encuestados
ITS	infección de transmisión sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
APV	asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
OMS	Organización Mundial de la Salud

Glosario de términos

Evaluación: recopilación rigurosa y científica de información sobre las actividades, las características y los resultados de los programas que determinan su mérito o utilidad. Los estudios de evaluación se utilizan para perfeccionar los programas y fundamentar las decisiones sobre futuras asignaciones de recursos.

Evaluación del impacto: observa el aumento y la disminución de la incidencia y la prevalencia de la enfermedad como función de los programas sobre sida. Los efectos (impacto) sobre poblaciones enteras rara vez pueden atribuirse a un único programa, ni siquiera a varios programas; por lo tanto, las evaluaciones del impacto sobre las poblaciones en general suponen un diseño riguroso que incluye los efectos combinados de una cantidad de programas dirigidos a las poblaciones de riesgo.

Intervención: conjunto específico de actividades llevadas a cabo por un proyecto o por proveedores, que pueden estar focalizadas en diversos niveles: individual, de grupos pequeños o numerosos, de la comunidad o de la sociedad.

Vigilancia: seguimiento rutinario de elementos clave de un programa o proyecto y de los resultados que pretende alcanzar. Normalmente, incluye información obtenida de documentación administrativa y las encuestas, tanto poblacionales como de clientes.

Evaluación de los resultados: es un tipo de evaluación cuyo objetivo es determinar si las actividades o los servicios ofrecidos por el programa lograron el resultado buscado y en qué medida lo hicieron. Mientras que la vigilancia de los resultados es útil y necesaria para saber si se obtuvieron resultados, la evaluación del resultado intenta atribuir el cambio observado a la intervención que se está probando, describir la medida o el alcance de los resultados del programa y determinar qué sucedería si el programa no estuviera en vigencia. Es rigurosa desde el punto de vista metodológico y requiere un elemento comparativo, tal como un grupo testigo o de comparación.

Vigilancia de los resultados: es el seguimiento básico de las variables adoptadas como medidas o “indicadores” de los resultados buscados de los programas. También puede hacer un seguimiento de la información directamente relacionada con los clientes del programa, como cambios en el conocimiento, las actitudes, las creencias, las aptitudes, los comportamientos, el acceso a los servicios, las políticas y las condiciones ambientales.

Productos: son los resultados —productos directos u objetivos— de las actividades del programa, por ejemplo, el número de sesiones de asesoramiento que se completaron, el número de personas a las que se llegó y la cantidad de material distribuido.

Servicios de divulgación: son aquellos que llevan la información y los servicios de salud a las comunidades en la que habitan las poblaciones de mayor riesgo o a los lugares en los que estas poblaciones se reúnen [como los lugares donde se inyectan (*shooting galleries*) o de encuentros sexuales pasajeros]. La distribución de servicios sanitarios, información y artículos de salud está a cargo de trabajadores sanitarios en toda una gama de lugares de reunión, como en las puertas de las tiendas y en las esquinas, y en unidades móviles.

Educación inter pares: es el método a través del cual personas entrenadas llevan adelante actividades educativas con sus pares con el fin de que estos amplíen su conocimiento y desarrollen actitudes y aptitudes que les permitan ser responsables de su salud, protegerla y prevenir la infección por el VIH.

Educadores inter pares de divulgación: son miembros o ex miembros del mismo grupo de riesgo, que pueden proveer preservativos, agujas estériles e información sobre salud y consejos sobre cómo acceder a los servicios sanitarios. En ocasiones, el trabajador de divulgación inter pares acompaña al cliente hasta el servicio sanitario y le brinda apoyo de seguimiento.

Evaluación del proceso: es un tipo de evaluación que se centra en la ejecución del programa y que utiliza métodos en gran parte cualitativos para describir actividades programáticas y percepciones, en especial durante las etapas de desarrollo y en los comienzos de la puesta en práctica de un programa. También puede incluir algunos métodos cuantitativos, tales como encuestas sobre la satisfacción del cliente y sobre las percepciones respecto de las necesidades y los servicios. Además, podría ayudar a la comprensión de los contextos culturales, sociopolíticos, legales y económicos que afectan a los programas.

Vigilancia del proceso: es la recopilación rutinaria de información sobre todos los aspectos de un proyecto o programa con el objeto de verificar el avance de las actividades. Genera información para la planificación y recaba opiniones sobre el avance del proyecto que serán útiles para los donantes, los ejecutores y los beneficiarios.

Programa: en el campo del sida, programa se refiere, en general, a una respuesta sistemática integral nacional o subnacional a la epidemia y puede incluir una cantidad de proyectos e intervenciones.

Vigilancia: es la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continua y sistemática de los datos correspondientes a un suceso relacionado con la salud para que puedan utilizarse en la confección de medidas de salud pública con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad y de mejorar la salud.

Medios dirigidos: son los medios de comunicación (vídeos, programas radiales, material escrito, carteles y sitios web) dirigidos a poblaciones específicas, a través de los cuales se brinda información sobre el sida.

Triangulación: es el análisis y el uso de datos que se obtuvieron de diversas fuentes utilizando diferentes métodos. Los hallazgos pueden confirmarse y los puntos fuertes de algunos métodos o fuentes de datos pueden compensar las debilidades (o sesgos) de otros y, por ende, conferir mayor validez y fiabilidad a los resultados.

Vulnerabilidad: se refiere a aquellos factores que contribuyen a que las personas adopten comportamientos de riesgo. Una persona vulnerable al VIH puede definirse como aquella susceptible a o incapaz de protegerse a sí misma de lesiones graves o de explotación vinculadas con la infección por el VIH.

Introducción

¿A quiénes está destinado este marco?

Esta publicación sirve de orientación para gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros miembros de la sociedad civil en la tarea de vigilancia y evaluación (V+E) de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Se diseñó fundamentalmente para los administradores de programas y para otras personas involucradas en V+E de la planificación y la ejecución de los programas y proyectos dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo, tanto a nivel nacional como subnacional.

Este marco incluye métodos y herramientas que pueden aplicarse en el ámbito nacional y, quizá de un modo más adecuado, en el subnacional. A diferencia de las intervenciones dirigidas a la población en general, las que se dirigen a las poblaciones de mayor riesgo con frecuencia se ejecutan en el nivel subnacional, dado que estas poblaciones no se distribuyen de manera uniforme en todo un país. Por el contrario, a menudo se concentran en grandes ciudades, zonas fronterizas y ciudades con poblaciones migratorias o turísticas numerosas. Dado que las intervenciones destinadas a las poblaciones de mayor riesgo generalmente se planifican y ejecutan a nivel local, los esfuerzos de V+E no sólo deben realizarse a nivel nacional sino también a nivel local.

La complejidad de los métodos y los enfoques que aquí se presentan es variable: mientras que algunos caen dentro del ámbito de las personas u organismos que llevan a cabo las operaciones de campo, otros requieren técnicas analíticas considerables y una persona u organismo que supervise la recopilación y el análisis de los datos y que promueva el uso de los hallazgos.

Fundamentos de la guía

- En su mayoría, las guías de V+E existentes —aplicables especialmente a programas de prevención— se desarrollaron teniendo en mente las epidemias generalizadas y prestando poca atención a las necesidades individuales de los ámbitos en los que el VIH se concentra entre las poblaciones de mayor riesgo.
- Se desarrollaron métodos y enfoques que se utilizaron para la V+E de las poblaciones de mayor riesgo. Gran parte de este trabajo se ha documentado en una forma u otra. Sin embargo, existe la necesidad de reunir estos documentos para obtener un panorama global sobre el tratamiento de la V+E en estas poblaciones.
- Dado que buena parte de la recopilación de datos para la V+E de las poblaciones de mayor riesgo se realiza de manera *ad hoc*, este documento destaca la importancia de la V+E a nivel subnacional y de proyectos como parte de un sistema nacional de V+E.

Contenido de la guía

Este marco pretende ofrecer un panorama general de los métodos y enfoques para la V+E en las poblaciones de mayor riesgo. También trata el uso de información estratégica para la planificación, la vigilancia y la evaluación de programas. No se pretende que este marco sirva de orientación específica para programas dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo: está orientado específicamente a la V+E de programas dirigidos de prevención del VIH y, por lo tanto, no se ocupa de la V+E de la terapia antirretrovírica ni de otros tratamientos. Si desean más información sobre estas otras áreas, los lectores deberán remitirse al sitio web de la OMS, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en>.

Este marco incorpora información de fuentes existentes cuando las hay, e incluye las consideraciones más recientes sobre la V+E de las poblaciones de mayor riesgo. No ahonda en detalles técnicos, sino que conduce al lector hacia guías, material de capacitación y otras fuentes complementarias y apropiadas de información técnica.

Aplicación de la guía en epidemias generalizadas

Las intervenciones en poblaciones de mayor riesgo pueden ser tan importantes en las epidemias generalizadas como en las epidemias concentradas y de bajo nivel. Sin intervenciones eficaces en las redes de comercio sexual y de consumo de drogas inyectables, la elevada incidencia del VIH puede favorecer la transmisión independientemente de la etapa en que esté la epidemia. En el caso de epidemias concentradas y de bajo nivel, es importante dar prioridad a los recursos con destino a las poblaciones más infectadas y afectadas por la enfermedad. En el caso de las epidemias generalizadas, es obvia la necesidad de una respuesta más amplia. Aun así, esta respuesta debe incluir iniciativas eficaces para reducir las elevadas tasas de transmisión entre otras poblaciones vulnerables. Además, las intervenciones deben dirigirse a quienes son más vulnerables a la infección por el VIH por razones humanitarias. Por lo tanto, la mayor parte de esta guía atañe a todos aquellos países en los que los programas de prevención del VIH estén dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo, sin considerar la etapa en que se encuentre su epidemia.

Principios de participación

En muchos países, la sociedad civil con frecuencia ha asumido la responsabilidad directa por establecer y mantener en funcionamiento servicios relacionados con el VIH dirigidos a poblaciones de mayor riesgo; y en algunos países, ha sido pionera en ofrecer esos servicios. El término "sociedad civil" incluye a las ONG y a los grupos informales en el ámbito internacional, nacional y local. Incluye, además, a las asociaciones que representan a las personas que viven con el VIH (PVV), a las personas cuya probabilidad de exposición al VIH es muy elevada y a las mujeres, del mismo modo que a las organizaciones basadas en la fe. También son parte de la sociedad civil las personas marginadas, sean o no miembros de asociaciones, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores migratorios, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables (CDI) y reclusos. Las organizaciones de la sociedad civil con frecuencia representan a las personas que pertenecen a grupos marginados, incluidas aquellas de mayor riesgo y más vulnerables a la infección y que, a menudo, sufren la estigmatización por parte de la sociedad. Por esta razón, la sociedad civil debe implicarse en la V+E y, así, ayudar a evaluar la medida en que los servicios satisfacen las necesidades reales de las personas con alto riesgo de exposición al VIH y de las PVV. Asimismo, los principios de los "Tres unos" respaldan la participación de la sociedad civil en la planificación y la ejecución de un sistema unificado de vigilancia y evaluación.

Cuestiones éticas

Siempre que se llevan a cabo vigilancias, evaluaciones, supervisiones y actividades de investigación, debe protegerse debidamente a los participantes y, cuando se trata de poblaciones de mayor riesgo, posiblemente se justifique una protección especial. Es posible que estas poblaciones ya sean socialmente vulnerables o marginadas por su comportamiento, y los esfuerzos orientados a la recopilación de datos que las identifican o dirigen la atención hacia ellas pueden exponerlas a un riesgo adicional. Todas las personas deben ser respetadas y tratadas como individuos autónomos que pueden y deben tomar libremente decisiones respecto de su participación en actividades de V+E. Quienes están a cargo de la dirección de estos esfuerzos deben maximizar los beneficios y minimizar todo daño que pudiera producirse a causa de estas actividades.

Además, las personas que trabajan en la planificación o ejecución de las actividades de V+E tienen la obligación ética y legal de proteger la privacidad de los participantes. Deben explicarles claramente de qué manera se utilizará y se protegerá su información privada. En este sentido, privacidad se refiere al control que cada persona tiene sobre su propia información; y el derecho a controlar la información sobre uno mismo es un aspecto de la autonomía. Algunos de los procedimientos usuales que garantizan la aplicación de estos principios son el consentimiento informado, las salvaguardias para la información privada y la revisión de sujetos humanos por parte de una institución debidamente autorizada para ello.

Elementos del consentimiento informado

- explicación del objetivo del proyecto o estudio, que incluya una descripción de los procedimientos
- descripción de los riesgos o molestias previsibles
- descripción de toda remuneración que se ofrezca
- explicación de con qué persona deben contactarse para obtener respuestas
- declaración de los beneficios que el estudio o proyecto reportará al participante
- declaración sobre la confidencialidad de los registros
- explicación de que la participación es voluntaria y que puede interrumpirse en cualquier momento que se desee.

Los procedimientos deben llevarse a cabo de manera tal que se asegure la confidencialidad y la protección de la información que es privada del participante. Podrían, por ejemplo, hacerse las entrevistas en espacios privados, utilizar números de identificación en vez de nombres para referirse a los sujetos y archivar la información privada o que identifica a la persona en un lugar seguro.

Es posible que, si no se las considera de "investigación", algunas actividades de vigilancia y evaluación no requieran revisión de sujetos humanos. Aún así, quizá requieran una revisión formal. Las actividades de recopilación de datos que pueden clasificarse como investigación requieren una revisión adecuada y continua por parte de personas e instituciones calificadas que garantice que el protocolo y los procedimientos del estudio protegerán los derechos de los sujetos humanos. Cabe señalar que algunas poblaciones, como los jóvenes y los reclusos, necesitan especial consideración y protección, más que las que requieren otras poblaciones.

Elección de los indicadores adecuados

La selección de los indicadores deberá reflejar el objetivo del programa y la asignación de los recursos que, a su vez, serán el reflejo de las poblaciones de mayor riesgo en un país o ámbito determinado. Es posible que, para identificar las áreas programáticas prioritarias, sea necesario evaluar la asignación de recursos a nivel nacional en comparación con las nuevas infecciones en las poblaciones de mayor riesgo. Luego, esto serviría como guía para la selección de los indicadores.

En este documento se incluyen los indicadores del UNGASS 2007 para cobertura de programas, conocimiento y comportamiento, y prevalencia del VIH en las poblaciones de mayor riesgo (para ver actualizaciones de esta lista, consúltese www.unaids.org). Esta lista deberá considerarse el punto de partida para elegir los indicadores, y la mayoría de los programas dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo exigirán, incluso, el seguimiento de otros. Los países con epidemias concentradas y de bajo nivel quizá también deseen hacer un seguimiento de los indicadores de cobertura de los servicios y de comportamientos de riesgo vinculados con el VIH en otras poblaciones prioritarias y en la población general, en particular si la epidemia está ganando terreno fuera de estos grupos de riesgo. Puede encontrarse más información sobre cuáles son los indicadores adecuados para la población general y para los jóvenes en documentos de orientación, disponibles en el sitio web del ONUSIDA (<http://www.unaids.org>) y citados al final de este capítulo.

Además, independientemente de cuál sea la situación de su epidemia, todos los países deberían hacer un seguimiento de los indicadores del compromiso a nivel nacional, tales como los gastos relacionados con el VIH y las políticas nacionales. La guía del UNGASS aporta información sobre estos indicadores. Dado que este marco se centra específicamente en los programas para la prevención del VIH, no aparecen en esta guía indicadores para los programas de atención médica, apoyo y tratamiento exclusivos de las poblaciones de mayor riesgo. Los lectores interesados en desarrollar sistemas de V+E para estas áreas deben remitirse a las guías específicas para los programas de atención médica, apoyo y tratamiento, y para los programas antirretrovíricos, citadas al final de este capítulo.

De acuerdo con los principios de los "Tres unos", los países están trabajando en busca de un sistema nacional único de vigilancia y evaluación. Aplicar este principio en la selección de los indicadores significa que, en la medida de lo posible, estos indicadores deberán elegirse a partir de los conjuntos gubernamentales y de donantes ya existentes. Otros puntos a tener en cuenta son conservar la continuidad del indicador en el tiempo, limitar la recopilación de datos a información que sea pertinente a la gestión del programa y reducir la carga que representa la recopilación de datos para el personal sobre el terreno.

El marco para los indicadores

El marco que se utiliza normalmente para la selección de indicadores es el que se muestra en la Figura 1: “insumo-actividades-producto-resultado-impacto”. Este esquema constituye una guía para organizar los datos necesarios para supervisar el progreso del programa y un orden lógico para recopilar y analizar la información. El proceso se inicia examinando los insumos necesarios (por ejemplo, recursos) para poner en práctica las actividades, las actividades en sí (por ejemplo, asesoramiento y pruebas) y, luego, los productos resultantes (efectos inmediatos, tales como el número de personas que se sometieron a la prueba). Los productos conducen a los resultados (efectos intermedios, por ejemplo, un cambio en los comportamientos de riesgo) que, a su vez, pueden conducir al impacto (efectos a largo plazo, por ejemplo, la reducción de la incidencia del VIH). En la Figura 1 se muestra este paradigma con algunos tipos de datos ilustrativos que podrían recopilarse en cada uno de los pasos. Para determinar a ciencia cierta el mérito o el valor de un programa, los estudios de evaluación deben complementar los datos de la vigilancia, según se trata más adelante en esta guía.

Figura 1. Marco mundial para la vigilancia y la evaluación del sida y tipos de datos ilustrativos



Además de vigilar estos tipos ilustrativos de datos, determinados programas llevan a cabo evaluaciones mejoradas de procesos y resultados.

Fuente: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Marco organizativo

La investigación de todo problema se inicia formulando preguntas pertinentes que den inicio a la respuesta y la organicen, por ejemplo: ¿En qué consiste el problema? ¿Cuáles son los factores contribuyentes? ¿Qué se puede hacer con ese problema? Una vez puesta en práctica la respuesta de un programa, podría preguntarse: ¿Está funcionando? Y, después de un tiempo razonable: ¿llega el programa a la cantidad suficiente de personas como para establecer una diferencia en la resolución (o la gravedad) del problema? Estas preguntas básicas permiten organizar de manera simple y pragmática los recursos necesarios para crear un sistema de V+E. El marco que se presenta en la Figura 2 describe la información esencial necesaria para tomar decisiones sobre el programa, para su diseño y su perfeccionamiento (Rugg et al., 2004). En este documento, el marco se utiliza para identificar la información necesaria para planificar, vigilar y evaluar los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. El marco constituye una herramienta útil para organizar una respuesta colectiva, coordinada y unificada a la información recopilada por los programas nacionales o subnacionales y de todos sus socios y donantes. Ofrece una secuencia paso a paso para la planificación de la recopilación de datos a través del tiempo y funciona como “mapa de ruta” allí donde las respuestas a las preguntas de un paso sirven de base para las preguntas y la información necesarias en el paso siguiente. También permite que todas las personas involucradas identifiquen cuál es el papel que desempeñan y cuál su contribución al sistema V+E.

El marco se divide en los ocho pasos siguientes:

1. Identificación del problema

El primer paso en el marco es identificar el problema. En el caso del VIH, lo que primero se busca es identificar la naturaleza, la magnitud y el curso de la epidemia general y las subepidemias relacionadas. Normalmente, esta información se obtiene a partir de sistemas de vigilancia, encuestas especiales y estudios epidemiológicos. En este primer paso pueden, también, incluirse preguntas acerca de la naturaleza y la magnitud de la respuesta programática hasta el momento. El análisis de la situación, el análisis de las deficiencias y el análisis de la respuesta son actividades típicas de recopilación de información que trabajan con, por ejemplo, documentos relacionados, entrevistas con informantes y observaciones de campo para obtener datos referentes al estado del programa. Los métodos de vigilancia que se utilizan en este primer paso se usan también en el último, cuando se determina el impacto general y la efectividad colectiva de los esfuerzos programáticos conjuntos para cerrar, así, el círculo en el proceso continuo de planificación, ejecución y evaluación de los programas.

2. Determinación de los factores que contribuyen al riesgo de infección

En el segundo paso, se procura determinar cuáles son los factores contribuyentes y los determinantes del riesgo de infección. Por lo general, esta información se obtiene mediante evaluaciones rápidas; encuestas sobre conocimientos, actitudes y comportamientos; estudios de los factores de riesgo epidemiológico, e investigación de los factores determinantes. Los resultados obtenidos en este paso ayudan en el diseño de intervenciones adecuadas.

3. Determinación de las intervenciones que podrían funcionar en circunstancias ideales

A partir de la revisión de las pruebas obtenidas de los protocolos de investigación (ensayos de eficacia) o de las evaluaciones de intervenciones llevadas a cabo en condiciones de campo específicas (estudios de efectividad), el tercer paso apunta específicamente a determinar qué intervenciones podrían funcionar en circunstancias ideales. Allí donde la evidencia disponible no sea suficiente, posiblemente se necesite llevar a cabo estudios de evaluación para que la toma de decisiones pueda fundamentarse en pruebas. Éste es un paso importante, aunque, en el apuro por “hacer algo”, con frecuencia ni la financiación ni el tiempo otorgados son suficientes para obtener y analizar los resultados.

4. Determinación de las intervenciones y los recursos necesarios

El cuarto paso deberá vincularse estrechamente con los hallazgos del tercero e implica determinar cuáles son las intervenciones y los recursos que se necesitan. Normalmente, este tema se aborda a través del análisis de las necesidades, los recursos y la respuesta, e incluye la evaluación de los programas vigentes y de la cobertura estimada. El uso de la información para la planificación y la gestión estratégicas de los programas es un área que requiere un considerable fortalecimiento, y varios donantes se han comprometido a destinar recursos extras a esta área.

5. Evaluación de la calidad de las intervenciones

El quinto paso busca evaluar la calidad de las intervenciones formulando preguntas acerca de su ejecución. En este paso —en especial cuando se ponen en funcionamiento nuevos programas—, normalmente se realizan vigilancias y evaluaciones de proceso, y otras formas de evaluación de la calidad.

6. Análisis de la magnitud de los productos del programa

De manera similar, el sexto paso busca analizar, por un lado, la magnitud de los productos del programa respondiendo preguntas como “¿cuántos?” y, por el otro, si el programa se ejecuta según lo planificado y llega a la población objetivo. En general, esta información debe recopilarse de manera rutinaria en un sistema de registros del proyecto.

7. Análisis de los resultados del programa

El séptimo paso analiza los resultados del programa y responde preguntas sobre la efectividad de la intervención. Entre los métodos que normalmente se utilizan, se incluyen los estudios de los resultados de la intervención con grupos testigo o de comparación, la investigación de las operaciones, la investigación de los servicios de salud, la investigación formativa y otros estudios especiales.

8. Determinación de los efectos del programa en general

El último paso se centra en determinar los efectos generales del programa y la efectividad colectiva. A partir de las respuestas obtenidas a las preguntas de los pasos anteriores, la información generada por encuestas poblacionales y otras actividades de vigilancia se usan una vez más para responder preguntas en este último paso. Además, la recopilación sistemática de datos cualitativos relacionados con el programa ayuda a interpretar sus resultados y su impacto y a ver con más claridad qué funciona y qué no. Dicha información también podría identificar resultados inesperados y percepciones de la comunidad que afecten los resultados del programa y que no pueden responderse utilizando sólo los datos de tendencias.

Organización de los capítulos

Los capítulos que conforman esta guía exponen los métodos y enfoques utilizados para responder a muchas de las preguntas formuladas en este marco. Dado que esta guía trata más específicamente los métodos y los enfoques que se utilizan en la V+E y no se ocupa de planificar una respuesta integral, la atención se centra en aquellos pasos que se relacionan en forma directa con este tema. Por lo tanto, no todos los pasos incluidos en el marco reciben aquí la misma atención.

Después de la introducción y los antecedentes,

- el Capítulo 3 presenta los métodos para estimar el tamaño de la población, un componente importante del análisis situacional y de la identificación del problema, la primera pregunta del marco;
- el Capítulo 4 trata el tema de cómo evaluar los factores contribuyentes;
- el Capítulo 5 presenta la V+E del proceso;
- el Capítulo 6 trata sobre los métodos utilizados para hacer el seguimiento de la aceptación y la cobertura de los programas;
- el Capítulo 7 se refiere a la evaluación de la efectividad de la intervención mediante estudios de evaluación de resultados;
- el Capítulo 8 trata sobre el seguimiento de los resultados y los indicadores del impacto y sobre el papel que desempeña la vigilancia;
- el Capítulo 9 se refiere a la evaluación de la efectividad colectiva mediante métodos de triangulación.

Y, por último, los métodos y ejemplos que se presentan en los últimos dos capítulos también conciernen al primer paso del marco (identificación del problema), dado que el marco refleja un círculo continuo de retroalimentación de la información sobre la naturaleza y la magnitud de la epidemia y de la respuesta.

Figura 2. Método de preguntas sobre salud pública para unificar la vigilancia y la evaluación del VIH.



Fuente: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Principio rector: la importancia de un enfoque estratégico y por etapas

Un principio rector importante en la ejecución de un sistema integral de V+E es la necesidad de instrumentar un enfoque estratégico y por etapas que tenga en cuenta dos realidades:

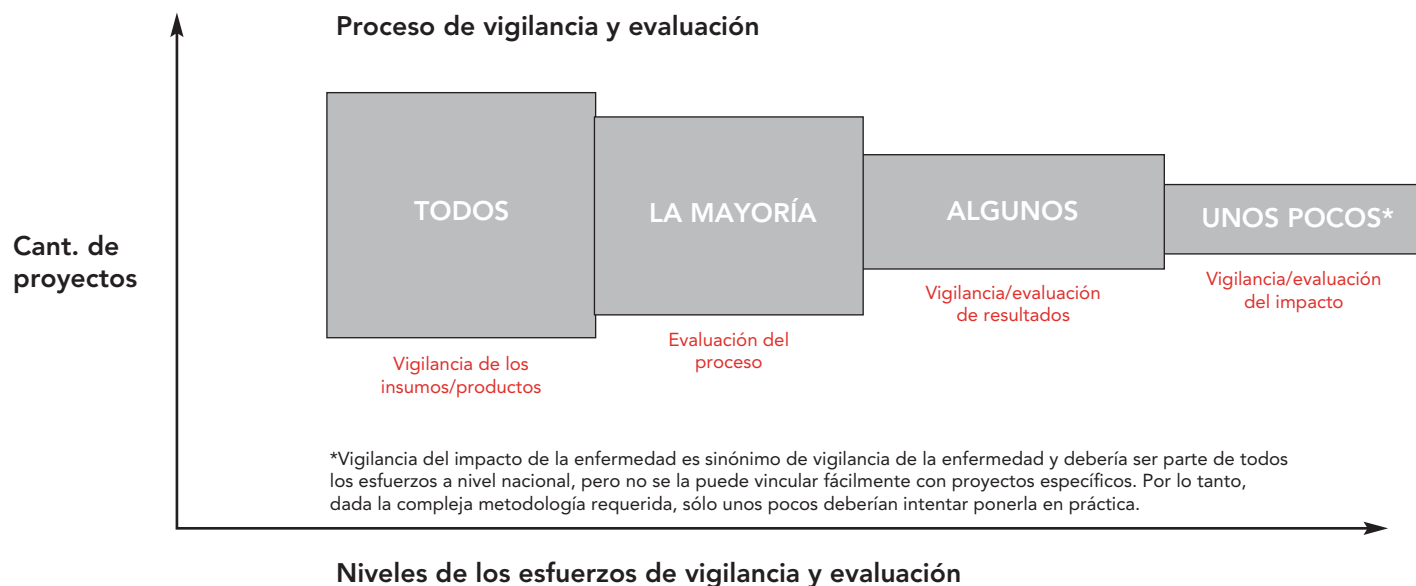
- que para ejecutar los diferentes componentes de un sistema integral es necesario contar con la infraestructura y la capacidad adecuadas; no todo puede hacerse de una vez, y
- que no todos los programas necesitan llevar a cabo todos los aspectos de la V+E.

En la Figura 3 se muestra un diagrama frecuentemente utilizado para ilustrar esto último: el “Proceso de V+E” (Rugg et al., 2004). Este proceso se basa en el sencillo marco de insumo-actividades-productos-resultados-impacto que se menciona anteriormente. El diagrama sugiere que todos los programas deberían llevar a cabo la vigilancia de los insumos y productos del programa con el objeto de lograr una buena gestión, por ejemplo:

- el número de personas que se sometieron a las pruebas;
- el número de clientes atendidos;
- el número de personas capacitadas; o
- el número de preservativos que se distribuyeron.

La mayoría de los programas deberían, además, realizar algunas evaluaciones básicas del proceso. Este elemento con frecuencia incluye evaluaciones de la ejecución, evaluaciones de la calidad, investigación básica de operaciones, estudio de casos y análisis de costos. Los fundamentos para llevar a cabo la vigilancia y la evaluación de los resultados deberán analizarse exhaustivamente en función del tiempo extra, la pericia y los recursos que estos métodos requieren. En general, la vigilancia de los resultados deberá considerarse cuando los programas ya están más establecidos; y su evaluación, después de que se haya introducido una nueva intervención o cuando la efectividad de una intervención se desconoce o se cuestiona. Por último, sólo se justifica la evaluación del impacto en unos pocos casos, en los que se pretende atribuir efectos a largo plazo (impacto) a un programa específico. Sin embargo, la vigilancia de impactos distantes no vinculados (vigilancia del impacto) puede llevarse a cabo a través de sistemas de vigilancia y de encuestas poblacionales biológicas y comportamentales reiteradas. Todos los programas deben conocer estos datos nacionales y subnacionales y la relevancia que tienen para el programa. Estos datos normalmente sirven de base para comparar los esfuerzos de vigilancia de productos y resultados obtenidos con programas nacionales y locales. En otras palabras, para determinar el éxito general o la efectividad colectiva de todos los programas que conforman la respuesta nacional al sida, es necesario interpretar los efectos a largo plazo en el contexto de los resultados arrojados por las evaluaciones de procesos y resultados, y a partir de los datos ya existentes de encuestas y de la vigilancia de productos. El punto estratégico principal aquí es sencillo: no es necesario que todos hagan todo.

Figura 3: Planificación estratégica para la V+E: establecer expectativas realistas



Fuente: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Rugg D, Carael M, Boerma J y Novak J (2004). Global advances in monitoring and evaluation of HIV/AIDS: From AIDS case reporting to programme improvement. En: Rugg D, Peersman G y Carael M (Eds.). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation 103, pp. 33-48.

ONUSIDA (2000). National AIDS Programmes: A guide to indicators for monitoring and evaluation. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2004). Coordination of national responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2007). Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. ONUSIDA, Ginebra.

OMS (2004) Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. OMS, Ginebra.

¿Qué son las epidemias de bajo nivel y concentradas?

La OMS y el ONUSIDA clasifican las epidemias de VIH en tres amplias categorías: de bajo nivel, concentradas y generalizadas.¹

En una **epidemia de bajo nivel**, la propagación de la infección por el VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación, aunque pueda haber existido por muchos años. En gran medida, las infecciones se limitan a personas con comportamientos de alto riesgo que a menudo forman parte de grupos, como los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Este nivel de epidemia indica que las redes de riesgo son bastante difusas y que sólo existen niveles bajos de cambios de parejas o de uso de equipos de inyección no estériles, o bien que el virus ha ingresado hace poco tiempo. En términos numéricos, la prevalencia del VIH no ha excedido de manera sistemática el 5% en ninguna subpoblación definida.

En una **epidemia concentrada**, el VIH se ha propagado de manera importante en una o más subpoblaciones pero no se ha arraigado en la población general. Este nivel de epidemia indica que existen redes activas de riesgo dentro de esas subpoblaciones. El curso que seguirá la epidemia estará determinado por la frecuencia y la naturaleza de los lazos que existan entre las subpoblaciones con alto nivel de infección y la población general. En términos numéricos, la prevalencia del VIH es sistemáticamente superior al 5% en por lo menos una subpoblación determinada. La prevalencia del VIH entre las embarazadas de las zonas urbanas se mantiene por debajo del 1%.

En una **epidemia generalizada**, el VIH se ha establecido sólidamente en la población general. Si bien es posible que las subpoblaciones de alto riesgo continúen contribuyendo en forma desproporcionada a la propagación del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener la epidemia independientemente de las subpoblaciones expuestas a un mayor riesgo de infección. En términos numéricos, la prevalencia del VIH entre embarazadas se mantiene sistemáticamente por encima del 1%.

¿Cuáles son las poblaciones de mayor riesgo?

Este documento ofrece un marco para la V+E en ámbitos en los que existe una concentración de comportamientos de riesgo que favorecen la transmisión eficiente del VIH y que luego pueden impulsar la mayor parte de las nuevas infecciones. Los comportamientos que exponen a las personas a un riesgo mayor de infección por VIH incluyen elevadas tasas de relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales anales sin protección con parejas múltiples y la inyección de drogas con equipos y preparados compartidos. En consecuencia, los grupos de población en los que se concentran estos tipos de comportamiento incluyen:

- profesionales femeninas del sexo (PFS);
- clientes de las PFS;
- consumidores de drogas inyectables (CDI); y
- hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

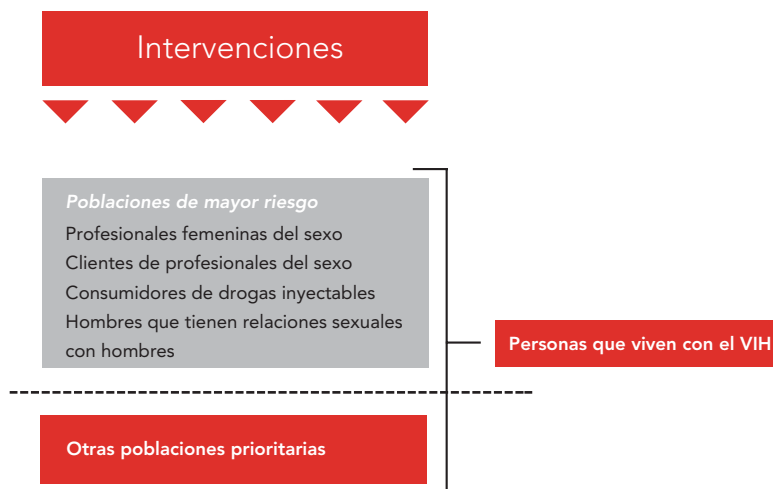
¹ Adaptación de la OMS y ONUSIDA (2000). Guidelines for Second Generation Surveillance. Ginebra, OMS y ONUSIDA (2000).

Estos comportamientos son la razón por la que deben priorizarse las intervenciones en aquellas poblaciones consideradas en mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH e identifican las poblaciones que deberían tener prioridad en los esfuerzos de vigilancia y evaluación de programas nacionales y subnacionales. Si bien el objetivo son los ámbitos con epidemias de bajo nivel y concentradas, está bien documentado el hecho de que existen países con epidemias generalizadas en los que también hacen falta intervenciones de prevención e iniciativas de V+E entre las personas que adoptan estos comportamientos de mayor riesgo.

En la Figura 4 se describen las poblaciones en mayor riesgo de contraer el VIH en ámbitos donde la epidemia es de bajo nivel y concentrada y que generalmente son objeto de intervenciones. Sin embargo, estas categorías no están totalmente diferenciadas dado que existen prácticas de riesgo que se superponen, como es el caso de los CDI que también venden sexo y se involucran en prácticas sexuales de alto riesgo, y el de las PFS y de los HSH que también se inyectan drogas.

La elección de poblaciones objetivo para las intervenciones y, por ende, para las iniciativas de V+E debería fundamentarse, en última instancia, en el establecimiento de prioridades a partir de la evaluación del nivel de prevalencia del VIH y del tamaño de la población, de los factores de riesgo comportamental y de las posibles respuestas.

Figura 4. Poblaciones prioritarias para las intervenciones de prevención del VIH en epidemias de bajo nivel y concentradas



Profesionales femeninas del sexo

El coito sin protección con parejas múltiples aumenta el riesgo de exposición al VIH y de transmitirlo. Las profesionales del sexo (PFS) que, en función del incentivo económico, buscan mayor cantidad de parejas sexuales, constituyen una población crucial a la cual dirigir los programas de prevención del VIH. Además, su conexión con gran número de hombres pertenecientes a la población general actúa como puente para que el virus llegue a otras personas en posición de menor riesgo y, por lo tanto, hace que la prevención entre las PFS sea de enorme importancia. Las PFS pueden ser profesionales formales —que trabajan en establecimientos o en la calle—, o ser informales y no considerarse —ni ser fácilmente identificables como— profesionales del sexo. En este grupo pueden incluirse aquellas que se prostituyen e intercambian sexo por regalos, aranceles escolares o alimentos.

Cientes de las profesionales del sexo

Desde el punto de vista programático, cada vez que las PFS son objetivo de intervenciones de prevención, también deberían serlo sus clientes varones. La razón principal es que el éxito de las intervenciones dirigidas a las PFS será limitado si esas intervenciones no se dirigen también a sus clientes y a sus comportamientos. A menudo, los clientes varones también adoptan comportamientos no seguros con otras parejas, como sus mujeres o sus novias, y así actúan como puente para la propagación del VIH desde poblaciones de mayor riesgo hacia personas en situación de menor riesgo dentro de la población general. Además, dados los niveles relativamente elevados de comercio sexual en algunas poblaciones, los clientes de las PFS pueden generar un gran impacto en la propagación del VIH en la población general. Los clientes de las PFS pueden ser objetivo de intervenciones en lugares geográficos específicos (como las "zonas rojas") o pueden identificarse a través de investigaciones comportamentales locales que reconozcan categorías de hombres más propensos a pagar por relaciones sexuales. Los grupos particularmente vulnerables son los de hombres que viajan y pasan tiempo lejos de sus hogares y de sus parejas habituales (por ejemplo, conductores de camión, militares o trabajadores migratorios).

Consumidores de drogas inyectables

El uso de equipos de inyección contaminados es la forma más eficiente de contraer el VIH. Si no se ponen en práctica actividades de prevención dirigidas a los CDI, la prevalencia del VIH puede elevarse con rapidez una vez que el virus ingresa en estas poblaciones. La transmisión del VIH a través del empleo de equipos de inyección no estériles aumenta con la transmisión sexual entre CDI y entre CDI y sus parejas sexuales que usan drogas inyectables. El consumo de drogas inyectables se manifiesta como un comportamiento especialmente significativo al que deben dirigirse las intervenciones para prevenir, mediante la reducción de las prácticas de inyección peligrosas, la rápida propagación del virus dentro de esa población y a sus parejas sexuales.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

La investigación ha demostrado que las relaciones sexuales anales sin protección son mucho más peligrosas por acto sexual que el coito vaginal sin protección. Dado que muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) lo hacen vía anal y con frecuencia tienen múltiples parejas sexuales, la transmisión sexual entre varones constituye un tema de mucha importancia para la prevención del VIH. Según la cultura y el contexto, es posible que existan muchos subgrupos diferentes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se incluyan en esta categoría de comportamiento independientemente de su orientación sexual (homosexual, bisexual o heterosexual). Esta categoría de riesgo debido al comportamiento incluye también a los varones que venden sexo a otros varones (profesionales masculinos del sexo). Si bien algunos profesionales masculinos del sexo venden sexo a mujeres, el comportamiento que implica mayor riesgo de transmisión del VIH es el coito anal con otros varones. En algunas culturas, es más fácil llegar a los varones que venden sexo a varones a través de intervenciones de prevención relacionadas con HSH que a través de intervenciones dirigidas a los profesionales del sexo, que, la mayoría de las veces, apuntan específicamente a las PFS. No obstante, en algunos ámbitos resulta más conveniente acceder a las personas transexuales a través de iniciativas dirigidas a PFS.

Si bien estos grupos de comportamiento han resultado útiles para establecer el objetivo de las intervenciones de prevención, no todas las personas en situación de alto riesgo pueden incluirse claramente en una categoría y no todas las personas incluidas en una categoría dada están en situación de alto riesgo de contraer el VIH. Los HSH en una relación de monogamia mutua con una

pareja VIH-negativa o los CDI que disminuyen el uso de drogas inyectables y no utilizan equipos de inyección no estériles, por ejemplo, corren mucho menor riesgo de infección por el VIH. Y, como se señaló anteriormente, el riesgo entre estos grupos se superpone y muchas personas pueden estar asumiendo múltiples comportamientos peligrosos, por ejemplo, muchas PFS son también CDI y, posiblemente, vendan sexo a cambio de drogas. Del mismo modo, es posible que los CDI compren o vendan sexo a cambio de drogas. Esta superposición de comportamientos de riesgo debe ser tomada en cuenta al planificar y elaborar los informes sobre los esfuerzos de V+E.

Otras poblaciones prioritarias

En una comunidad o país dado, quizá existan otros grupos en mayor riesgo de infección. El nivel de esfuerzo por llegar a estas otras poblaciones dependerá del nivel de la epidemia y de los recursos disponibles. La mayoría de estas poblaciones son vulnerables debido a los comportamientos de riesgo que asumen sus parejas. Las parejas sexuales de los CDI, las parejas mujeres de los HSH y las parejas de los clientes de profesionales del sexo están expuestas a un mayor riesgo de infección por el VIH como consecuencia de los comportamientos peligrosos de sus parejas. En algunos ámbitos, conforman una proporción considerable de nuevas infecciones. En la Figura 5 se ilustran los fuertes vínculos comportamentales entre las poblaciones de mayor riesgo y entre éstas y la población general. Si bien en esta figura se muestran los vínculos creados por los comportamientos entre poblaciones en una epidemia asiática típica, podría utilizarse una figura similar con mayor énfasis en los vínculos entre los CDI y otras poblaciones para describir la situación de la epidemia en otras regiones, por ejemplo, en Asia central. Cualquiera sea la fuerza de los vínculos entre las poblaciones, también debe señalarse que, con frecuencia, los riesgos a los que están expuestas estas poblaciones se superponen.

Por desgracia, las parejas sexuales de las poblaciones de mayor riesgo no siempre son conscientes de que están en una posición más peligrosa y suelen no tomar medidas preventivas. Dado que tienden menos a autoidentificarse o a congregarse en lugares en los que se las puede contactar utilizando métodos estándar de recopilación de datos, estas poblaciones son difíciles de monitorear con respecto a la prevalencia del VIH o del comportamiento sexual de riesgo.

Dinámica de una epidemia asiática típica de VIH

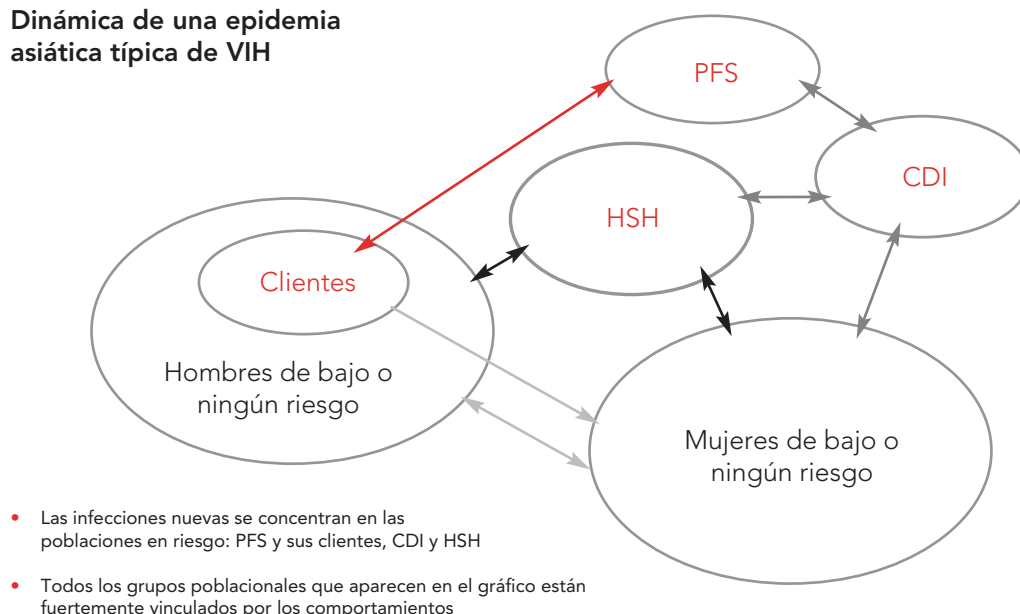


Figura 5. La dinámica de la epidemia de VIH en Asia: Vínculos comportamentales entre las poblaciones

También otras poblaciones pueden ser vulnerables al VIH y deberían ser el objetivo de intervenciones de prevención del VIH y, por ende, de actividades de V+E en algunos ámbitos. Entre estas poblaciones pueden incluirse, por ejemplo, los varones y las mujeres heterosexuales con múltiples parejas sexuales; las empleadas domésticas que, con frecuencia, son víctimas de abuso sexual; los varones y mujeres jóvenes víctimas del tráfico para la explotación sexual; y las poblaciones que se encuentran en medio de conflictos armados, que podrían ser víctimas de un alto grado de violencia sexual. Puesto que crecen sin la guía o supervisión de los adultos y pueden no contar con la capacidad y los recursos para cuidar de sí mismos, los niños de la calle —a menudo pobres o drogodependientes— tienen mayores probabilidades de exposición a la infección por el VIH. En muchos ámbitos, los reclusos varones representan un problema especial debido al riesgo de relaciones sexuales sin protección y, en muchos casos, forzadas, y debido al uso compartido de equipos de inyección. Estas otras subpoblaciones variarán en función del país y del entorno y deberían ser tenidas en cuenta para una posible vigilancia cuando se desarrolla un plan nacional o subnacional de V+E.

Personas que viven con el VIH

Todas las poblaciones de mayor riesgo incluirán a personas que viven con el VIH (PVV). Dirigir parte de los esfuerzos de prevención a las personas que viven con el VIH (“prevención positiva”) ayudará a fomentar un modo de vida positivo y a reducir el riesgo de transmisión a otros. La prevención positiva incluye asesoramiento sobre si se debe continuar con las relaciones sexuales y cómo hacerlo, en especial para parejas serodiscordantes que necesitan tener relaciones íntimas; apoyo inter pares para las personas que deban tomar estas decisiones difíciles y disponibilidad de preservativos para quienes decidan continuar. Estas actividades pueden formar parte de otras intervenciones sanitarias, como el tratamiento de infecciones oportunistas y la terapia antirretrovírica.

La disponibilidad cada vez mayor de la terapia antirretrovírica quizá represente un incentivo para que las personas se interesen por conocer su estado serológico. Con el tiempo, es posible que una mayor cantidad de personas sepan que son VIH positivas aun antes de que necesiten tratamiento médico. Con frecuencia, las poblaciones de mayor riesgo son las que tienen menor probabilidad de acceder a las intervenciones sanitarias, en especial si consideran que los servicios de salud son “poco amables”. Por lo tanto, para garantizar que las PVV puedan acceder al apoyo de prevención, a la atención y al tratamiento, será de máxima importancia llegar a estas poblaciones —en especial a través de intervenciones mediadas por pares— y ofrecer servicios especiales.

Adolescentes que adoptan comportamientos de riesgo

La adolescencia es una etapa de rápido desarrollo y de experimentación en la que los jóvenes enfrentan muchas situaciones nuevas y en la que la influencia de sus iguales aumenta al tiempo que disminuye la de sus padres. Es también el período durante el cual la mayoría de los jóvenes se inician en las relaciones sexuales, experimentan con sustancias psicoactivas (alcohol, drogas y tabaco) y asumen comportamientos que pueden mantener hasta bien entrada la edad adulta. En muchos países con epidemias de bajo nivel y concentradas, gran parte de las personas que adoptan comportamientos de mayor riesgo son jóvenes y los datos indican que muchos de ellos son adolescentes (véase Figura 6)².

² Según las Naciones Unidas, personas jóvenes son quienes tienen entre 10 y 24 años; adolescentes, quienes tienen entre 10 y 19, y jóvenes, entre 15 y 24.

Los adolescentes necesitan los servicios de prevención del VIH tanto como los adultos. Sin embargo, debido a su falta de experiencia para negociar el uso de los servicios y, en algunos casos, a las barreras legales que les impiden usarlos, es posible que esos servicios deban proporcionarse de manera algo diferente. Es importante reconocer que es posible que los adolescentes en mayor riesgo no se acerquen a los puntos fijos de prestación y, por ende, que los servicios deban dirigirse específicamente a ellos y, en muchos casos, deban proporcionarse como servicios de extensión o en unidades móviles (a través de los cuales se les hagan llegar los servicios sanitarios, la información y los artículos básicos). Así, el conjunto fundamental de intervenciones dirigidas a las poblaciones de mayor riesgo para la prevención del VIH deberá tener en cuenta a los adolescentes y ser accesible para todos los adolescentes cualquiera sea su edad o su situación legal o socioeconómica. Además, tanto los responsables de formular políticas como los dispensadores de asistencia sanitaria deben evaluar si un adolescente tiene la capacidad o la "competencia" para prestar su consentimiento a intervenciones y tratamientos médicos, y si es necesario involucrar a otras personas para que tomen la decisión en su nombre.³

Es fundamental que los datos de la V+E se recopilen y se separen por edad y por sexo, de manera tal que pueda vigilarse y evaluarse la respuesta programática para los adolescentes de mayor riesgo. Los adolescentes suelen no ser tenidos en cuenta por los esfuerzos de vigilancia debido a cuestiones legales o a la percepción de que no adoptan comportamientos peligrosos. Si bien debe realizarse un esfuerzo para incluir a los adolescentes en las iniciativas de recopilación de datos, en la mayoría de los países deben tenerse en cuenta obligaciones éticas y legales cuando se recopilan datos sobre menores de 18 años (para obtener más información sobre el tema, véase *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council 2005).

³ En general, los padres o tutores legales tienen el derecho de tomar decisiones médicas en nombre de los niños no capaces de tomarlas por sí mismos. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce implícitamente la capacidad evolutiva (CRC; Artículo 5) de los adolescentes menores de 18 años para tomar decisiones por sí mismos, que incluye la capacidad evolutiva o la competencia para consentir a tratamientos médicos. Sin embargo, las leyes que se ocupan del tema varían de un país a otro: en algunos países la edad a la que se juzga capaz a un adolescente está específicamente establecida y puede variar entre 10 y 18 años. Allí donde no existe legislación al respecto, en algunos casos los proveedores de servicios han elaborado sus propios protocolos.

Figura 6. Muchas de las personas que adoptan comportamientos de riesgo son adolescentes y jóvenes

El consumo de drogas frecuentemente comienza en la adolescencia, y muchos de los CDI son adolescentes y jóvenes.

- En Kazajstán, el 54% de los CDI son menores de 25 años.
- En San Petersburgo, Federación de Rusia, casi un tercio de los CDI son menores de 19 años.
- En Ucrania, el 20% de los CDI son "adolescentes".
- En Santos, Brasil, el 56% de los CDI son menores de 25 años.

La mediana de edad de profesionales del sexo está en descenso debido a la demanda de mujeres más jóvenes, dado que los clientes suponen que es menos probable que estén infectadas con enfermedades de transmisión sexual o por el VIH.

- En Camboya, China, República Democrática Popular Lao, Myanmar, Federación de Rusia y Viet Nam, entre el 60% y el 70% de las profesionales del sexo son menores de 25 años.
- Se estima que en Europa y Asia central el 80% de las mujeres jóvenes que venden sexo son menores de 25 años.

Una proporción considerable de HSH son menores de 25 años.

- En América Central, el 20% de los HSH encuestados eran menores de 20 años, y el 34% tenían entre 20 y 24 años.
- En Lima, Perú, el 50% de los HSH encuestados eran menores de 25 años.

Fuentes:

Monasch R y Mahy M (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. En: Ross D, Dick B y Ferguson J (Eds). *Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra, OMS.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Ross D, Dick B y Ferguson J (2006). *Preventing HIV/AIDS In Young People. A systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra, OMS.

ONUSIDA (2004). *Coordination of national responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners*. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2005). *Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. ONUSIDA, Ginebra.

OMS (2004) *Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. OMS, Ginebra.

Determinación de la magnitud y la naturaleza del problema

¿Qué preguntas se responden cuando se establecen la magnitud y la naturaleza del problema?

Para planificar intervenciones y asignar recursos de manera eficaz, los planificadores de programas necesitan conocer la naturaleza y la magnitud del problema y también la respuesta programática utilizada hasta ese momento. La información necesaria para describir el problema debe recopilarse como parte de una evaluación integral de las necesidades que incluya los factores comportamentales de riesgo, los factores contribuyentes, las estimaciones del tamaño poblacional y la prevalencia del VIH. Dado que los enfoques para evaluar los factores contribuyentes (Capítulo 4), los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH y la prevalencia del VIH (Capítulo 8), y la triangulación de los datos (Capítulo 9) se tratarán en otros capítulos de la guía, este capítulo se centrará en los métodos empleados para estimar la magnitud.

Las estimaciones del tamaño de la población se necesitan para la planificación de programa, V+E y las políticas y la promoción. Una razón fundamental para realizar estimaciones del tamaño de la población es entender el alcance del problema y la escala que debe tener la respuesta. Con esta información, los administradores de programas podrán evaluar las necesidades de recursos y la capacidad que se necesita para planificar una respuesta apropiada con la cobertura suficiente. A los fines de la V+E, las estimaciones del tamaño de la población funcionan como denominadores en el cálculo de la cobertura del programa (tema que se trata en el Capítulo 6). También se las utiliza para proyectar el curso probable de la epidemia (conjuntamente con los datos sobre comportamiento y seroprevalencia), lo que constituye una herramienta útil para presionar a los responsables de formular políticas y a otras partes interesadas en favor de intervenciones y recursos apropiados.

Uso de las estimaciones del tamaño poblacional en la Federación de Rusia

El Open Health Institute ha utilizado con regularidad el multiplicador para la evaluación del número de CDI en todas las regiones de la Federación Rusa donde ejecutan proyectos. Dado que la situación con respecto a las drogas utilizadas y al número de consumidores puede variar con rapidez, el Instituto encuentra útil realizar estimaciones del tamaño al menos año por medio. Son varias las razones por las que se necesitan estimaciones actualizadas y precisas del tamaño de la población. A los fines de la gestión, la planificación de las intervenciones requiere información actualizada con el fin de tener en cuenta las realidades cambiantes en el campo. También se necesitan estimaciones actualizadas del tamaño poblacional para utilizar como denominador para las estimaciones de la cobertura, como información importante para comunicar a los donantes y con fines de promoción entre responsables de tomar decisiones.

Fuente:

Alexei Bobrik, The Open Health Institute

¿Cuándo es necesario realizar estimaciones del tamaño de la población?

Es necesario estimar el tamaño de las poblaciones de mayor riesgo en la fase de planificación del programa, como parte del análisis de situación. Además, dado que muchas de estas poblaciones son dinámicas y pueden entrar y salir del área de influencia del programa, es importante realizar estimaciones periódicas para asegurarse de que la magnitud de la respuesta sea la apropiada y que las estimaciones sean suficientemente exactas como para evaluar la cobertura. También es importante evaluar los movimientos internos de las poblaciones de mayor riesgo porque, si bien el tamaño de la población puede permanecer constante, es posible que no suceda lo mismo con sus miembros.

¿Quién debe realizar las estimaciones del tamaño?

Es necesario estimar el tamaño de la población tanto a nivel nacional, para la formulación de políticas y la toma de decisiones sobre prioridades de intervención y asignación de recursos, como a nivel local, para la planificación, gestión, vigilancia y evaluación de programas. A nivel nacional, es posible que la autoridad a cargo de las actividades de vigilancia emita recomendaciones respecto de las definiciones y las metodologías empleadas para las actividades de estimación del tamaño de manera tal que las estimaciones locales puedan utilizarse a nivel nacional. Sin embargo, a los fines de la V+E, es importante recopilar los datos realmente pertinentes a la evaluación de programas o de las necesidades de los programas. En este sentido, es posible que las estimaciones nacionales no sean de gran utilidad, dado que atienden principalmente a una necesidad política.

Quizá la mejor forma de proceder es recopilar datos y hacer estimaciones a nivel subnacional, preferentemente durante la planificación y la ejecución del programa. Las epidemias rara vez se propagan uniformemente en todo un país y, en teoría, los programas de prevención deberían instituirse en lugares donde puedan generar el mayor impacto sobre la epidemia. A nivel local, los administradores del programa deben hacerse cargo de planificar las actividades de estimación del tamaño, como parte de las actividades de planificación, vigilancia y evaluación. Es posible que, para llevar a cabo las estimaciones del tamaño de la población, los administradores del programa soliciten asistencia técnica de alguna universidad local o de empresas de investigación que tengan experiencia en el área. Además, quizá deseen utilizar estimaciones obtenidas por otras entidades como la policía o las autoridades sanitarias locales, si es que las consideran válidas.

¿Qué métodos pueden emplearse para la estimación del tamaño de la población?

Estimar el tamaño de una población, en particular si se trata de una población oculta, puede resultar difícil. No obstante, existen métodos para la estimación del tamaño que pueden ofrecer una estimación razonable y que puede utilizarse para la planificación y evaluación de programas. Puede encontrarse información más detallada sobre estos métodos en el informe de un taller del ONUSIDA/Family Health International (FHI) sobre estimación del tamaño (consúltese la bibliografía). A continuación se presenta un resumen de los métodos más utilizados:

Métodos de censo y enumeración

Sinopsis: Este método consiste en realizar esfuerzos para contar a todos los miembros de la población objetivo o de una muestra de la población objetivo.

Características principales: En los censos, se cuentan todos los miembros de una población. Con los métodos de enumeración, se confecciona un marco de muestreo (por ejemplo, una lista de prostíbulos o lugares donde se inyectan los CDI) y se cuentan los miembros de la población incluidos en los lugares seleccionados. Luego, esta cifra se ajusta para obtener una estimación global del tamaño poblacional.

Supuestos: Estos métodos suponen que las poblaciones de mayor riesgo pueden encontrarse en lugares identificados y allí contarse. Sin embargo, los miembros de las poblaciones de mayor riesgo pueden estar ocultos. A veces, los censos pueden no resultar prácticos, puesto que son caros y difíciles de realizar desde el punto de vista de la logística, en especial cuando los miembros de la población se mueven de un lugar a otro.

Métodos del multiplicador

Sinopsis: Utiliza datos de dos fuentes que se superponen.

Características principales: El primer conjunto de datos procede, normalmente, de algún servicio que utiliza la población o de alguna institución con la que se contactan los individuos: por ejemplo, la cantidad de PFS tratadas en dispensarios para ITS o la cantidad de CDI arrestados. El segundo conjunto de datos proviene normalmente de una encuesta realizada en la población objetivo, en la que se les pregunta a los miembros sobre su contacto con el servicio o la institución. Entonces, el número de personas atendidas o contactadas se multiplica por la proporción inversa del porcentaje de la población objetivo que informa haberse contactado o haber sido atendida por ese servicio.

Supuestos: Si bien los métodos del multiplicador son relativamente directos, se debe procurar asegurarse de que existe correspondencia entre las poblaciones de ambas fuentes de datos, de manera tal que los miembros de la encuesta poblacional tengan la oportunidad de ser incluidos en el conjunto de datos del servicio o la institución.

Encuestas poblacionales

Sinopsis: La prevalencia de comportamientos de riesgo relacionados con el VIH se estima a partir de encuestas hechas en la población general o en un subconjunto de la población general.

Características principales: Los encuestados de una encuesta en la población general o de una encuesta en un subconjunto de la población general (p. ej., militares, jóvenes, etc.) deben responder si han adoptado o no comportamientos de riesgo asociados con el VIH (como tener relaciones sexuales con un profesional del sexo). Luego, el porcentaje que ha adoptado determinado comportamiento se aplica a los datos censales o a las estimaciones del tamaño de toda la población para llegar a una estimación del número total de personas que adoptan este comportamiento.

Supuestos: Por lo general, estas encuestas tienen la forma de encuestas por hogares y proporcionan estimaciones sólidas de comportamientos relativamente comunes. Dado que muchos de los comportamientos que definen a las poblaciones de mayor riesgo no son comunes en la población general, es posible que no se los detecte o que las estimaciones no sean muy sólidas. Las encuestas por hogares no incluyen a quienes se alojan en prostíbulos, viven en la calle o de algún otro modo no están en el hogar. Son útiles para estimar la cantidad de varones que pagan por tener relaciones sexuales con un/a profesional del sexo y no tan útiles en el caso de comportamientos menos comunes y más estigmatizantes.

Captura-recaptura

Sinopsis: Para calcular el tamaño de la población, este método utiliza dos o más muestras independientes superpuestas.

Características principales: A través de entrevistas u otros medios, los investigadores “marcan” una muestra aleatoria de miembros de la población objetivo. Luego toman una segunda muestra y determinan la proporción que también se capturó o se “marcó” en la primera muestra. También puede utilizarse una tercera muestra aleatoria y el número marcado una o dos veces, o ninguna vez, se utiliza para calcular el tamaño total de la población.

Supuestos: Este método supone que las poblaciones son cerradas, es decir, que los miembros no entran y salen de la población entre una y otra ronda de la encuesta. Supone también que todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser marcados.

Un método final que se ha utilizado con diversos grados de éxito es el método Delphi, mediante el cual se pregunta a un grupo de expertos conocidos acerca del número estimado de miembros del grupo.

Cómo seleccionar el método más adecuado de estimación del tamaño poblacional

El método de elección para la estimación del tamaño poblacional dependerá de una cantidad de factores, incluida la forma en que se utilizará la información, las fuentes de datos disponibles y los recursos disponibles para dicha estimación. Las características de la población y su visibilidad también ayudan a determinar la elección del método. El método más apropiado para una población de CDI en un lugar determinado, por ejemplo, puede ser diferente del que es más apropiado para una población de HSH. Por lo tanto, la elección del método deberá, en última instancia, dejarse a los administradores de programas nacionales y locales, en función del análisis exhaustivo de sus necesidades de información y de las características de la población que debe estimarse. Con el objeto de compensar las debilidades de cada método, en algunos casos, y allí donde los recursos sean suficientes, podrá utilizarse una combinación de métodos. Además, si ha de hacerse un seguimiento prolongado del tamaño poblacional, debe evaluarse la disponibilidad de recursos para estimación del tamaño en forma constante.

Si ha de hacerse un seguimiento prolongado del tamaño de la población (en contraposición, por ejemplo, con un esfuerzo único realizado como parte de una evaluación rápida a los fines de la planificación de programas), el método que se elija deberá ser suficientemente riguroso y deberá contar con los recursos suficientes para poder reproducirlo en el tiempo.

Estimación del tamaño de la población de trabajadoras del sexo en Indonesia utilizando un método multiplicador.

La principal fuente de datos sobre PFS era una lista de profesionales del sexo por provincia confeccionada por el Departamento de Asuntos Sociales. Sin embargo, este registro sólo cubre las profesionales del sexo de clase baja que trabajan en establecimientos como prostíbulos o complejos de comercio sexual. Los registros no incluyen a las profesionales del sexo de niveles más elevados que trabajan en domicilios privados o en hoteles ni a las profesionales del sexo que no trabajan para un prostíbulo sino como camareras en clubes nocturnos o como masajistas en salones de masajes, donde posiblemente también pueden ofrecer servicios sexuales. Por lo tanto, es necesario ajustar los registros del Departamento de Asuntos Sociales para que incluyan a todas estas profesionales del sexo no registradas.

Un censo de profesionales del sexo en Bali llevado a cabo por una ONG reveló que había 1062 profesionales del sexo que trabajaban en establecimientos, de las cuales 671 entraban en la categoría que normalmente captura la lista del Departamento de Asuntos Sociales. Había, además, 235 profesionales del sexo que no operaban en prostíbulos. Esto sugiere que la lista del Departamento de Asuntos Sociales debería incrementarse en un 58% para incluir a las profesionales del sexo de nivel más elevado que trabajan para establecimientos y otro 35% para incluir a las que no operaban en prostíbulos. En Yakarta, el Departamento de Turismo estima que el 80% de las 17 000 mujeres que trabajan en bares, salones privados de karaoke, salones de masajes y saunas también venden servicios sexuales, lo que indica que hay 13 600 profesionales del sexo en Yakarta que no operan en prostíbulos. El Departamento de Asuntos Sociales tiene una lista de 9 300 profesionales del sexo de clase baja que trabajan en establecimientos. Por lo tanto, para incluir a las profesionales del sexo que no operan en prostíbulos, esta lista debería incrementarse en casi el 150%.

Los multiplicadores varían claramente de un lugar a otro. Dado que la variación era tan amplia, se decidió utilizar los multiplicadores para contribuir a las estimaciones mínimas y máximas del número total de profesionales del sexo en cada provincia. Este método de estimación arrojó un mínimo de 193 000 y un máximo de 273 000 profesionales del sexo en todo el país.

Fuente: Adaptación de: Ministerio de Salud de Indonesia (2002). National estimates of adult HIV infection, Indonesia 2002. Workshop report. Ministerio de Salud de Indonesia.

¿Cuáles son los desafíos específicos relacionados con las poblaciones de mayor riesgo?

Cuando se planifican estimaciones del tamaño poblacional (o cualquier otra actividad de V+E para ese fin), es importante definir la población en el país. Por ejemplo, puede definirse un CDI como alguien que alguna vez se ha inyectado drogas o como alguien que se inyectó drogas durante un período especificado. También la frecuencia con que se inyectó puede ser importante para determinar si una persona puede o no identificarse como un CDI. Sin acordar los criterios, puede resultar difícil comparar estimaciones del tamaño de la población entre una región y otra o entre uno y otro momento.

Dado que muchas de las poblaciones de mayor riesgo adoptan comportamientos ilegales o estigmatizados, toda actividad de recopilación de datos —incluidas las estimaciones del tamaño de la población— constituye un desafío. Hacer de la estimación del tamaño un proceso inclusivo que

involucre tanto a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales como a las comunidades obliga a las personas a enfrentar sus prejuicios y supuestos para lograr que el proceso avance eficazmente.

Uno de los desafíos consiste en salvaguardar el uso adecuado de las estimaciones del tamaño. Existe una posibilidad concreta de que estimaciones fiables del número de CDI, profesionales del sexo callejeros o HSH podrían generar una respuesta de aplicación de la ley en vez de una respuesta de salud pública. La probabilidad de que esto ocurra depende de la situación nacional, pero debería tenérsela muy en cuenta al asumir, y sobre todo al publicar, los resultados de los esfuerzos destinados a obtener una estimación del tamaño poblacional. Una respuesta menos dañina aunque aún problemática es que las autoridades sencillamente hagan caso omiso de los resultados de una estimación rigurosa y transparente y utilicen estimaciones menos sólidas que se adapten mejor a su agenda política. Los funcionarios de salud pública deben sopesar los costos de realizar estimaciones creíbles contra la probabilidad de que estas estimaciones se utilicen de manera constructiva.

Muchos métodos de estimación del tamaño de las poblaciones se basan en cálculos matemáticos y no requieren ningún contacto con las personas. Estos métodos no están diseñados para identificar individuos que puedan ser miembros de grupos en alto riesgo de contraer el VIH ni para facilitar el acceso de esos grupos a los programas. Por razones éticas, sin embargo, la recopilación de datos y las estimaciones del tamaño de las poblaciones deberían ir de la mano con la provisión de servicios.

Estimación del tamaño de la población de consumidores de drogas inyectables por lugar de reunión en Kirguistán mediante el empleo de un método de enumeración.

Para estimar el tamaño de una población por lugar de reunión y obtener una estimación grosera de la cantidad de personas que visitan los lugares durante un período determinado, el método PLACE utiliza información sobre el número de personas que socializan en los lugares de reunión durante los horarios de mucha concurrencia y la frecuencia con que estas personas concurren a esos lugares.

En 2003, se llevó a cabo un estudio PLACE en OSH, Kirguistán. Se identificaron en OSH 237 lugares de reunión en los que las personas conocían nuevas parejas sexuales o en los que se reunían los CDI y, de esos 237, se seleccionaron al azar 74 para realizar entrevistas con clientes. El número de personas entrevistadas en cada lugar de reunión seleccionado fue proporcional al número de personas que socializaban en el lugar durante los horarios de mucha concurrencia. Para determinar a cuántos CDI alcanzaría un programa de prevención dirigido a los lugares de reunión, se estimó el número de CDI que concurrían a los lugares de reunión objetivo durante un período de cuatro semanas (28 días). Se estimó que, durante el período de cuatro semanas previas a la evaluación, socializaron en los lugares de reunión objetivo de Osh 21 289 CDI, con un intervalo de confianza asintótico al 95% de (5 133 – 37 445). La falta de información sobre el patrón de concurrencia a los lugares que siguen los entrevistados, excepto la ubicación de la entrevista, y sobre la concurrencia a diversos lugares durante el período del estudio generará una sobreestimación del tamaño poblacional. Por lo tanto, puede considerarse que, para esta situación, el estimador es el límite superior del tamaño de la población por lugar de reunión. Este método proporciona una estimación del número de CDI que frecuentan estos lugares de reunión pero no del número total de CDI en la zona.

Fuente: Jackie Tate (2005). Disertación no publicada. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

¿Cómo pueden utilizarse los resultados de la estimación del tamaño?

Las estimaciones del tamaño de la población son útiles en las áreas de políticas y promoción, de planificación y de V+E del programa. Las estimaciones del tamaño de las poblaciones de mayor riesgo, combinadas con la prevalencia del VIH obtenida a partir de actividades de vigilancia realizadas en estas mismas poblaciones se utilizan para desarrollar estimaciones nacionales de la prevalencia del VIH y del número de PVV. Cuando se las combina con datos comportamentales, estos datos también pueden usarse para proyectar tendencias futuras de la epidemia, con y sin intervenciones específicas, una técnica que es particularmente útil para influir sobre las políticas. También pueden usarse para estimar la distribución de nuevas infecciones entre las poblaciones de mayor riesgo, lo cual es fundamental para definir la población objetivo de los programas. Si bien estas metodologías exceden el alcance de esta guía, el grupo de referencia del ONUSIDA ofrece más información y herramientas sobre estimaciones, modelización y proyecciones. Cuando se trata de aplicaciones para V+E, las estimaciones del tamaño funcionan como denominador para las estimaciones de la cobertura (este tema se trata en más detalle en el Capítulo 6).

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

MEASURE Evaluation (2005). Prioridades para las Iniciativas Locales de Control del Sida (PLACE). Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, EE. UU. <http://cpc.unc.edu/leadership/place.html>

Ministerio de Salud de Indonesia (2003). National estimates of adult HIV infection, Indonesia. Workshop report. Ministerio de Salud de Indonesia.

Pisani E, Garnett GP, Grassly NC et al. (2003). Back to basics in HIV prevention: focus on exposure. *British Medical Journal* 2003, 326 (7403):138884-7.

UNAIDS y FHI (2003). Estimating the size of populations at risk for HIV. Workshop report. <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/popsizescontent.htm>. Research Triangle Park, NC, FHI.

ONUSIDA (2005). Development of the software packages, EPP v2 and Spectrum, and measuring and tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV. Technical report and recommendations. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA y OMS (próximamente 2007). Back to Basics: A resource manual for planning and tracking effective HIV prevention efforts. Grupo de Trabajo de Vigilancia del ONUSIDA/OMS.

Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. http://unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/default.asp

Walker NJ, Stover K, Stanecki K et al. (2004) The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low-level and concentrated epidemics. *Sexually Transmitted Infections*, August 2004; 80: i10 - i13.

OMS (2004). Case study on estimating HIV infection in a concentrated epidemic: Lessons from Indonesia. Grupo de trabajo del ONUSIDA y la OMS para la vigilancia mundial del VIH/Sida/ITS. Ginebra, OMS.

Determinación de los factores contribuyentes

¿Qué pregunta responde una evaluación de los factores contribuyentes?

En cada comunidad existen una variedad de factores que contribuyen a la aparición y la conservación de comportamientos de alto riesgo. Por lo tanto, para planificar una respuesta adecuada, es necesario evaluar los factores ambientales o estructurales, los factores comunitarios y los factores individuales (Figura 7).

Al planificar un programa, deben evaluarse los factores ambientales o estructurales para intervenir directamente sobre ellos o para comprender el entorno en que pueden llevarse a cabo intervenciones adecuadas. Entre las políticas de gran importancia en la planificación de la prevención se encuentran la legalización del trabajo sexual, del intercambio de jeringas, de la sodomía y de la publicidad de preservativos. Otras políticas, como las leyes sobre salas de inyección y parafernalia (prohibición de portar jeringas sin una receta) pueden generar un fuerte impacto sobre los comportamientos relacionados con el consumo de drogas.

Los factores comunitarios pueden crear un entorno peligroso que facilite la transmisión del VIH. La pobreza, en particular, con frecuencia lleva a las personas a optar por estilos de vida que no hubieran elegido en otras circunstancias, como vender sexo o vender y consumir drogas. La falta de oportunidades educativas también puede generar en los jóvenes la convicción de que no pueden mejorar sus posibilidades de ganar dinero, ni siquiera de ganarse la vida.

Figura 7. Factores contribuyentes

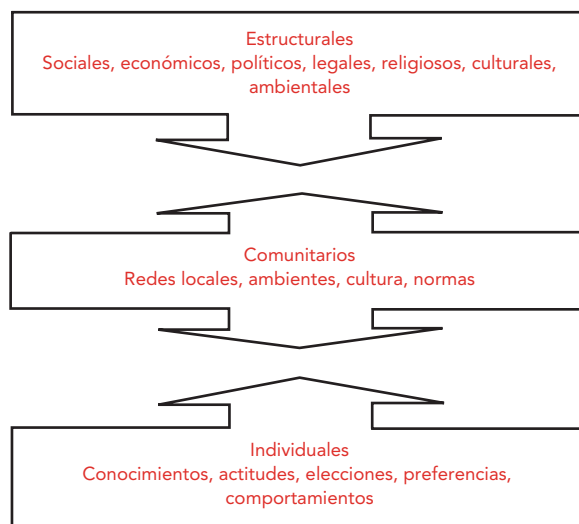


Figura 8. Profesionales del sexo y sus clientes: un ejemplo de la información que se necesita para planificar una intervención

Contexto del comercio sexual

- Diferentes tipos de profesionales del sexo y de clientes
- Necesidades, percepciones y prioridades de las profesionales del sexo
- Percepciones y prioridades de otros actores involucrados en el comercio sexual
- Leyes y políticas que enmarcan el comercio sexual (y la migración, si es un problema local)
- Políticas y prioridades de los organismos financiadores
- Partes interesadas clave
- Asociados, aliados u opositores a la posible intervención
- Información demográfica
- Estructuras locales comunitarias y ocupacionales, relaciones y estilos de vida
- Factores que pueden facilitar u obstaculizar la intervención

Conocimientos y comportamientos

- Nivel y patrones de comportamientos de riesgo de las profesionales del sexo, de sus clientes y sus parejas regulares, y contextos en los que estos comportamientos tienen lugar
- Patrones de comportamientos de demanda de atención sanitaria
- Niveles y conocimiento del uso de preservativo y otros métodos para prácticas sexuales más seguras
- Conocimiento y actitud en relación con el VIH y las ITS
- Canales, métodos, materiales y mensajes posibles para llegar a los grupos objetivo
- Consumo de drogas y de alcohol por parte de profesionales del sexo y sus clientes

Servicios

- Servicios ya existentes (formales, informales, en establecimientos, comunitarios, biomédicos o tradicionales)
- Potencial para cooperar con las intervenciones
- Calidad
- Actitudes de los proveedores de servicios
- Percepciones y patrones de utilización locales

Adaptación de: OMS (2005). Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings. Ginebra, OMS.

Figura 9. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Un ejemplo de las cuestiones que deben investigarse en una evaluación rápida

- El estigma y los prejuicios en tanto afectan la vida y las actividades sexuales de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Violencia y acoso, y su relación con las prácticas policíacas
- Bienestar emocional y mental de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y sus efectos sobre el comportamiento sexual y los estilos de vida
- Limitaciones económicas que enfrentan los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Experiencias de varones que venden sexo a varones
- Conocimientos sobre prácticas sexuales más seguras, ITS y VIH
- Nivel y patrones de comportamientos de riesgo, incluidos el comportamiento sexual y el consumo de drogas
- Prevalencia de los síntomas de las ITS
- Creencias culturales respecto del sexo, la sexualidad, la salud sexual y el VIH
- Comprensión del riesgo y la seguridad en la vida de los hombres y su relación con las percepciones respecto del VIH
- Actitud y prácticas relacionadas con el consumo de drogas y de alcohol y con sus posibles efectos sobre los comportamientos sexuales y la infección por el VIH

Adaptación de: OMS (2004). Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men. Ginebra, OMS.

Figura 10. Consumidores de drogas inyectables: Un ejemplo de cuestiones que deben investigarse antes de desarrollar intervenciones

- ¿Cuántos CDI hay? ¿Quiénes son? Últimamente, ¿se han producido cambios en su comportamiento?
- ¿Por qué está extendiéndose o por extenderse el consumo de drogas inyectables? ¿Cómo afecta la salud de los CDI y cuáles son los contextos políticos y sociales para el consumo de drogas?
- ¿Cuáles son las prácticas de riesgo de los CDI en relación con la inyección de drogas y el sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de los virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y hepatitis C), de sobredosis y de otros efectos negativos en la salud que son consecuencia del consumo de drogas?
- ¿Existe alguna política gubernamental que responda al consumo de drogas inyectables? ¿Existe algún programa que se ocupe de las necesidades sanitarias de los CDI?
- ¿Se cuenta con dinero y con recursos (como personal y organizaciones) y con la capacidad y el deseo de intervenir?
- ¿Qué tipo de intervenciones podrían funcionar y ser aceptables, se podrían pagar y tendrían continuidad?

Adaptación de: OMS (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Ginebra, OMS.

Las Figuras 8, 9 y 10, obtenidas de guías recientes sobre la planificación de la prevención publicadas por la OMS (véanse las referencias al final de este capítulo), presentan ejemplos de información que debe analizarse cuando se evalúan las necesidades de PFS, HSH y CDI. Si bien sólo son ilustrativas, estas listas reflejan muchos de los factores ambientales, comunitarios e individuales que pueden analizarse y, al mismo tiempo, muestran las preguntas o áreas dudosas exclusivas de cada una de estas poblaciones.

¿Cuándo deben llevarse a cabo la investigación formativa y las evaluaciones de necesidades?

La evaluación de los factores contribuyentes y determinantes del riesgo debería realizarse como parte del diseño del programa y, por ende, antes de la ejecución o de la ampliación de las intervenciones. La investigación formativa sólo deberá llevarse a cabo después de una revisión integral de la información ya disponible, de manera de no volver a recopilar información existente y de asegurarse de que la investigación esté diseñada para cubrir cualquier vacío que hubiera.

¿Quiénes deberían llevar a cabo la investigación formativa y las evaluaciones de las necesidades?

Son los administradores de los programas y otras partes interesadas involucradas en el diseño del programa quienes deben participar de la planificación de la investigación formativa y de las evaluaciones de las necesidades. El alcance de la evaluación y, por lo tanto, la necesidad de conocimientos técnicos específicos dependerán de la disponibilidad de recursos para la planificación y la ejecución del programa y también de lo que ya se conoce. Si se desea realizar una evaluación o un análisis de la situación más exhaustivo, habrá que consultar a investigadores expertos en métodos de diseño de instrumentos, muestreo y trabajo de campo para que supervisen el diseño y la puesta en práctica de estas actividades. Estos expertos pueden encontrarse en instituciones académicas locales con competencia en esta área o a través de referencias de otras organizaciones que trabajan con poblaciones semejantes.

Para que la evaluación de las necesidades tenga éxito, será necesario contar, durante las primeras etapas, con todo el apoyo y la participación de la comunidad. Esto significa la participación de miembros de la población objetivo, de las autoridades locales y de otras partes interesadas influyentes, y de grupos directamente involucrados en la prestación de servicios a estas poblaciones.

¿Cuáles son los métodos que se emplean en la investigación formativa y las evaluaciones de las necesidades?

En la investigación formativa y en las evaluaciones de las necesidades, normalmente se combinan métodos cualitativos y/o cuantitativos. Las evaluaciones rápidas recopilan información básica durante un período breve, a menudo utilizando métodos participativos. Luego, si es necesario, puede procederse a un análisis más detallado de la situación.

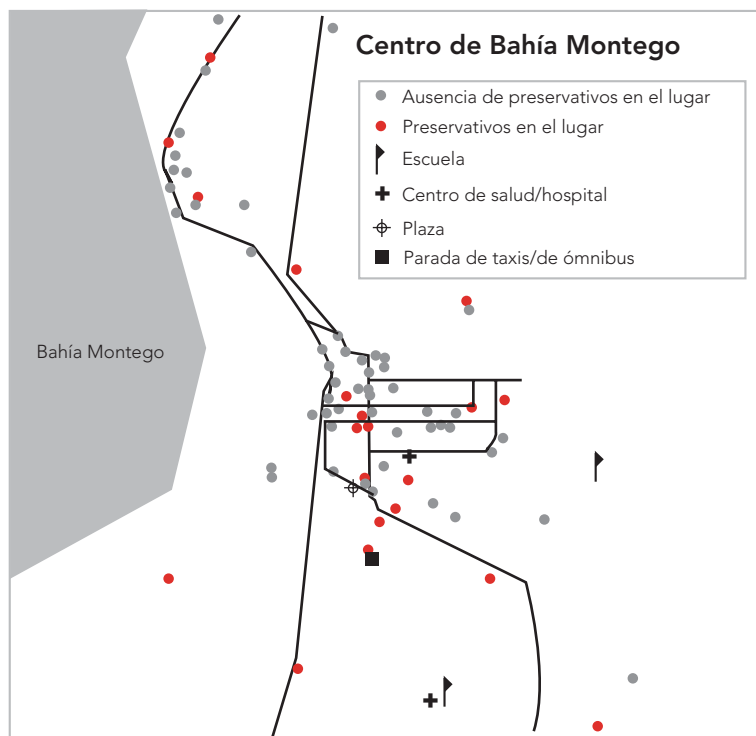
En las evaluaciones rápidas, en general se utilizan la observación de la comunidad, visitas a los lugares en los que se venden y consumen drogas o sexo y entrevistas a informantes clave dentro de la comunidad. Entre los métodos específicos pueden mencionarse el levantamiento de mapas de los lugares en los que se dan comportamientos de alto riesgo y de los servicios de prevención para evaluar la disponibilidad y las barreras físicas para su uso, y entrevistas exhaustivas y grupos de debate dirigidos con miembros de la comunidad e informantes clave para comprender cómo la comunidad y el medio influyen sobre los comportamientos de adopción de riesgos.

Se dispone de una cantidad de instrumentos de evaluación rápida para las poblaciones de mayor riesgo (véanse las referencias al final del capítulo). La OMS cuenta con los instrumentos de evaluación para analizar el entorno en el que ocurren los comportamientos relacionados con el VIH. El método de evaluación y respuesta rápidas, por ejemplo, es una manera de llevar a cabo un análisis integral de un tema, incluidas la descripción del problema, los subgrupos poblacionales afectados, los ámbitos y contextos, los comportamientos en relación con la salud y con los riesgos, y las consecuencias sociales. La metodología PLACE es otro enfoque de evaluación rápida orientado hacia el levantamiento de mapas y la recopilación de información en los lugares donde las personas conocen a nuevas parejas sexuales (incluidas las PFS y los HSH) o donde socializan los CDI. En la Figura 11 se presenta un mapa de los lugares en que las personas conocen a nuevas parejas sexuales, que se utilizó para orientar las intervenciones de prevención del VIH en Jamaica.

¿Cuáles son los desafíos específicos relacionados con la evaluación de las necesidades en las poblaciones de mayor riesgo?

Las evaluaciones de las necesidades sólo serán informativas si se las planifica y ejecuta con la participación de miembros de las comunidades y poblaciones que se están estudiando. Los encargados de la investigación formativa deben ser sensibles a la cultura a la que están ingresando, no ser prejuiciosas y entender las normas culturales y los comportamientos. Es necesario que la comunidad participe en todos los pasos del proceso. Además, dado que éstas son poblaciones que muestran comportamientos a menudo muy estigmatizados, y a veces ilegales, deben tomarse medidas que eviten que estas poblaciones resulten perjudicadas. Es necesario, por ejemplo, que se mantenga la confidencialidad sobre la información y los mapas de los lugares donde se dan los comportamientos de mayor riesgo si pueden ser objeto de medidas por parte de las autoridades locales. También es posible que se necesite capacitación especial y supervisión del trabajo de campo para asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas de investigación, incluidos el consentimiento informado, la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato.

Figura 11. Levantamiento de mapas de los lugares en los que las personas conocen a nuevas parejas sexuales. Bahía Montego, Jamaica.



Fuente: Carolina Population Center. PLACE en Jamaica. Monitoring AIDS prevention at the parish level. MEASURE Evaluation Technical report. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (2004).

¿De qué manera pueden utilizarse los resultados?

Una evaluación sólida de los factores contribuyentes incluirá políticas públicas que produzcan un impacto en las poblaciones de riesgo, la aplicación de estas políticas, las organizaciones públicas y privadas que trabajen con las poblaciones en cuestión, la estructura socioeconómica de las comunidades y el entorno físico, tanto el natural como el creado por el hombre. Una vez definidas las estructuras básicas, pueden determinarse algunos análisis del entorno actual y sus posibles efectos sobre los comportamientos de riesgo. Entonces, las intervenciones podrán planificarse teniendo en cuenta estos diferentes factores contribuyentes.

Aún sin análisis más rigurosos de la situación, las evaluaciones rápidas pueden ayudar a identificar las áreas geográficas en las que se concentran los comportamientos de alto riesgo, las características y prácticas de los miembros de esas poblaciones, los lugares en los que pueden ponerse en práctica las intervenciones, y los posibles obstáculos para la efectividad de la intervención. En la Figura 11 se ilustran los resultados de un levantamiento de mapas realizado como parte de una evaluación PLACE en Bahía Montego, Jamaica, que identificó los lugares en los que las personas conocían a nuevas parejas sexuales. Esta información se utilizó a fin de identificar los lugares adecuados para llevar a la práctica los programas de prevención del VIH, incluida la promoción del uso de preservativos.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

MEASURE Evaluation (2005). Prioridades para las Iniciativas Locales de Control del Sida (PLACE). Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, EE. UU. <http://cpc.unc.edu/leadership/place.html>

PLACE en Jamaica (2004). Monitoring AIDS prevention at the parish level. MEASURE Evaluation Technical report. Carolina Population Center. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

Stimson GV, Donoghoe MC, Fitch C, et al (2003). Rapid Assessment and Response Technical Guide. OMS, Ginebra.

Weir SS, Pailman C, Mahlalela X et al. (2003). From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most. AIDS. 17(6):895-903.

OMS (2002). The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour. Ginebra, OMS.

OMS (2004). Rapid Assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men. Ginebra, OMS.

OMS (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Ginebra, OMS.

OMS (2005). Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings. Ginebra, OMS.

Vigilancia y evaluación del proceso. Determinación de la calidad en la ejecución de programas.

¿A qué preguntas responden la vigilancia y la evaluación del proceso?

No importa qué tan pequeño sea, todo proyecto o programa necesita una estrategia sencilla de vigilancia y evaluación que se incorpora en la etapa de diseño. Una parte importante de esta estrategia debe ser un plan para la vigilancia y la evaluación del proceso. La vigilancia del proceso es la recopilación rutinaria (diaria) de información sobre todos los aspectos clave de un proyecto o un programa con el objeto de verificar el avance de las actividades pertinentes. Brinda información para la planificación y para los comentarios sobre el avance del proyecto que serán útiles para donantes, ejecutores y beneficiarios. La evaluación del proceso es el análisis periódico del valor de lo que un proyecto o programa ha logrado en relación con las actividades planificadas y los objetivos generales. Identifica las restricciones que obstaculizan el logro de los objetivos de ese proyecto y ayuda a encontrar soluciones que pueden luego llevarse a la práctica.

Si bien todos los programas deben realizar la vigilancia y la evaluación del proceso, independientemente de cuál sea la población objetivo y del tipo de intervención, existen varias cuestiones que los programas dirigidos a poblaciones de mayor riesgo deben tener en cuenta:

- **Acceptabilidad de los servicios del programa:** este aspecto podría verse afectado por experiencias relacionadas con el estigma y la discriminación, por percepciones de la privacidad y la confidencialidad; por lo apropiado y la relevancia de la comunicación interpersonal y de los materiales impresos, por la participación en la planificación y la ejecución de los programas, por las experiencias positivas y las negativas, y por la satisfacción en general.
- **Acceso a los servicios del programa:** incluida la distancia y la ubicación de los centros del proyecto, las horas de atención, los tiempos de espera, los costos y la presencia policial.
- **El objetivo de los programas:** si llegan a determinadas redes de poblaciones de mayor riesgo y excluyen a otras que pueden ser menos visibles o más afectadas por el VIH.
- **Vinculación con otros servicios:** dado que no puede esperarse que cada uno de los programas satisfaga todas las necesidades de las poblaciones de mayor riesgo, es necesario que las organizaciones se vinculen eficazmente con otras que prestan servicios complementarios, es decir, con otros servicios de prevención y de tratamiento, de atención médica, apoyo, derechos humanos y de capacitación en aptitudes para la vida o de oficios.
- **Participación de las partes interesadas de la comunidad:** los programas dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo tienen pocas probabilidades de éxito sin la participación simultánea de aquellos individuos que también influyen en su vulnerabilidad al VIH. Estas personas pertenecen a los contextos locales específicos y pueden ser personas clave en la industria del sexo (por ejemplo, las regentes de prostíbulos o los proxenetas), parejas sexuales, la policía y autoridades locales, o individuos influyentes. Estas personas influyen directamente sobre el éxito de las intervenciones y, por lo general, las evaluaciones del proceso exploran sus actitudes respecto de los programas y su interacción con ellos.

¿Cuándo es necesario llevar a cabo la vigilancia y evaluación del proceso?

La vigilancia del proceso debería comenzar cuando el programa recién se inicia, y los datos de rutina deben recopilarse y usarse para supervisar los servicios que se prestan. Estos datos de rutina (que incluyen indicadores clave de resultados de los servicios) deben analizarse periódicamente para brindar información sobre el progreso y ofrecer comentarios al personal del programa y otras partes interesadas clave.

Las evaluaciones del proceso a menudo se realizan a intervalos estratégicos de uno o dos años durante el ciclo de vida del proyecto, de modo tal que se disponga de datos analíticos y descriptivos con la frecuencia necesaria para introducir correcciones durante el curso. En algunos casos, las evaluaciones del proceso se utilizan también como información que ayuda al diseño de las evaluaciones de resultados (tema que trata el Capítulo 7) y, en otros, para completar el sentido de los datos cuantitativos.

Dado que ayudan a identificar tanto los aspectos exitosos que pueden continuarse o ampliarse, como las deficiencias que deben abordarse y los medios para hacerlo, con frecuencia, la vigilancia y la evaluación del proceso se consideran el tipo de actividad de vigilancia y evaluación más importante para los administradores de los programas. El personal debe recibir esta información periódicamente para mantenerse al tanto de los aciertos, las deficiencias y los cambios de dirección. La vigilancia y la evaluación del proceso también brindan a las poblaciones de mayor riesgo la oportunidad de contribuir al desarrollo del programa y fortalecen las relaciones y la colaboración entre los miembros de las comunidades afectadas y las partes interesadas en el proyecto.

¿Quiénes deben llevar a cabo la vigilancia y la evaluación del proceso?

A diferencia de lo que sucede con las evaluaciones del proceso, la vigilancia del proceso quizá requiera distintos tipos de personal y distintos niveles de recursos. Como actividad continua, la vigilancia del proceso deberá integrarse a las funciones habituales de la gestión del programa y deberá ser llevada a cabo por el personal de campo, mientras que las evaluaciones del proceso quizá requieran recursos adicionales, la perspectiva de un observador objetivo y/o pericia en V+E.

¿Qué métodos se utilizan para la vigilancia y la evaluación del proceso?

Datos de rutina para la vigilancia del proceso

Como mínimo, debe instituirse un sistema de información de gestión (SIG) para capturar información básica sobre actividades de proyecto y servicios prestados a los fines de la vigilancia rutinaria. La información que capture el SIG será similar a la que reúnen los programas de prevención del VIH dirigidos a otras poblaciones y puede incluir los siguientes tipos de indicadores:

- Número de eventos de divulgación llevados a cabo (p. ej., talleres, reuniones de grupos de apoyo, obras teatrales o callejeras)
- Número de productos distribuidos (p. ej., preservativos, lubricante)
- Número de interesados directos que participan en las actividades
- Cantidad de personal capacitado (p. ej., en actividades de difusión, asesoramiento a parejas serodiscordantes, tratamiento de ITS)
- Número de contactos de información (p. ej., llamadas a una línea de servicio de consulta, entradas a un sitio web, panfletos distribuidos)

- Número de eventos en los medios (p. ej., programas de radio, anuncios televisivos, etc.)
- Número de servicios brindados (p. ej., pruebas de VIH, dosis de metadona administradas)
- Número de centros del proyecto (p. ej., dispensarios médicos para la atención de ITS, centros de tratamiento de adicciones, centros de acogida y consulta)
- Número de clientes contactados (p. ej., a través de la difusión a la comunidad, en los centros de acogida y consulta, etc.)
- Número de clientes que reciben servicios (p. ej., CDI en tratamiento de la adicción, PFS que se sometieron a las pruebas de detección de ITS)
- Número de clientes derivados a los servicios (por ejemplo, a asesoramiento y pruebas de VIH, a servicios de tratamiento del VIH, a servicios de apoyo psicosocial)

Estos indicadores deben informarse por separado por población (p. ej., CDI, PFS, HSH) y clasificados por género y grupos de edad cuando corresponda y resulte útil.

Evaluación del proceso

Las evaluaciones del proceso toman en cuenta una combinación de fuentes de datos nuevas y ya existentes. Los datos existentes incluirán el análisis de series cronológicas y/o el análisis cruzado entre centros de los indicadores de vigilancia mencionados anteriormente; los documentos del programa, incluidos planes estratégicos, directrices, V+E y marcos teóricos; los informes narrativos y las evaluaciones parciales. Esta información puede completarse con fuentes de datos complementarios como informes y planes estratégicos correspondientes a la vigilancia nacional del VIH, informes de evaluaciones situacionales o formativas y documentos sobre políticas o estudios especiales directa o indirectamente relacionados con las poblaciones de mayor riesgo.

Estudios especiales para determinar la calidad de la ejecución

Las actividades que se llevan a cabo como parte de las evaluaciones del proceso para determinar la calidad de la ejecución del programa varían desde evaluaciones rápidas que pueden realizarse de manera rentable y relativamente expedita hasta actividades especiales de recopilación de datos, que emplean métodos rigurosos de investigación, instrumentos de evaluación detallados y análisis exhaustivos del programa. Entre los métodos de recopilación de datos relacionados con la calidad de la ejecución pueden mencionarse:

- *Entrevistas con clientes*

Las entrevistas con clientes proporcionan información sobre su experiencia, percepciones y satisfacción respecto de los servicios que han recibido. Esto incluye las interacciones con el personal del proyecto y con los organismos de referencia, del acceso y la aceptabilidad de los centros del proyecto, y de la adecuación de los servicios. También pueden evaluar la intensidad de la exposición a las intervenciones (véase Figura 12) y si los sistemas de referencia destinados a brindar un continuo de atención están funcionando eficazmente.

- *Entrevistas con el personal*

Las entrevistas con la administración y el personal del proyecto pueden proporcionar información sobre los puntos fuertes, las debilidades y las necesidades percibidas en relación con la prestación de los servicios, los procesos del programa, las estructuras de personal y administración, la capacidad y los métodos de comunicación.

- **Observación**

La observación de la interacción entre los clientes y el personal permite evaluar el cumplimiento de los protocolos, la capacidad de comunicación interpersonal del personal, si la información que se suministra a los clientes es completa y precisa, y si se brindan las referencias apropiadas.

- **Auditoría de las instalaciones**

Las auditorías de los establecimientos o servicios proporcionan información sobre la disponibilidad del personal necesario (cantidad y aptitudes) y sobre lo adecuado de la infraestructura, los equipos, los materiales de apoyo, las directrices técnicas y operativas, etc. También pueden evaluar las funciones de apoyo al programa, entre ellas, gestión de adquisiciones y almacenamiento y disponibilidad de materiales, gestión de registros y documentación.

- **Entrevistas con proveedores de servicios complementarios**

Dado que apunta directamente a la colaboración con los organismos que prestan servicios complementarios, este tipo de entrevistas permite ver qué tan adecuados son los vínculos de derivación y, a través del seguimiento y las percepciones respecto de las derivaciones, puede incluir una evaluación de las derivaciones realizadas.

- **Entrevistas exhaustivas y grupos dirigidos de debate con personas que no usan los servicios**

Los métodos cualitativos de investigación, como grupos dirigidos de debate o entrevistas exhaustivas con personas que no utilizan los servicios, pueden ayudar a identificar obstáculos y sesgos en el acceso a los servicios y deficiencias en su prestación.

¿Cómo se eligen los métodos más apropiados?

La selección de los métodos de recopilación de datos adicionales deberá basarse en las cuestiones que se investigarán y en los recursos disponibles. Si un proyecto está orientado hacia la aceptación de servicios, por ejemplo, el personal quizá quiera analizar los datos de vigilancia relacionados con la utilización de los servicios y las derivaciones, luego organizará grupos dirigidos de debate y realizará entrevistas exhaustivas con proveedores de servicios y con personas que no los utilizan para evaluar los obstáculos y las deficiencias existentes en la prestación. Si son pocos los clientes que regresan, es posible que deseen analizar las condiciones en que se encuentra el establecimiento y las interacciones entre los clientes y el personal, o realizar entrevistas con los clientes para evaluar cuáles son las áreas que generan insatisfacción y cuáles las deficiencias en la prestación de los servicios.

¿Cuáles son los desafíos específicos relacionados con la vigilancia y la evaluación del proceso en las poblaciones de mayor riesgo?

Cuando se llevan a cabo evaluaciones del proceso en las comunidades de clientes es necesario aplicar los mismos principios éticos asociados con la investigación en sujetos humanos. El método de recopilación de datos, análisis y difusión de hallazgos debe apoyarse en valores como el respeto por la privacidad, la confidencialidad, el anonimato y el principio de “no perjudicar”. Cuando se accede a los registros de un proyecto, deben cumplirse estrictamente las prácticas de investigación ética con el fin de preservar la confidencialidad de la información sobre el cliente.

Obtener acceso a los clientes de los proyectos para recopilar otros datos requiere una estrecha cooperación con el personal del proyecto y, cuando esa recopilación de datos tiene lugar fuera del establecimiento, con las personas influyentes en la comunidad. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando se contactan clientes en prostíbulos, bares u otros lugares en los que se lleva a cabo la

difusión. Obtener cooperación de las autoridades locales también puede ayudar a proteger al personal encargado de la recopilación de datos que, de otra manera, podría ser víctima de hostigamiento por parte de las autoridades si creyeran que está buscando sexo o intentando comprar drogas. Mientras que es el personal del proyecto quien normalmente accede a los clientes, las entrevistas relacionadas con la calidad de los servicios deben ser realizadas lejos de la presencia del personal del proyecto si se desean obtener comentarios sin sesgos.

¿Para qué se utilizan los resultados de esta actividad?

El análisis de datos y las consideraciones sobre el uso tienen particular importancia en las evaluaciones del proceso. La participación de partes interesadas en el análisis y la interpretación de los hallazgos de las evaluaciones del proceso, incluida la formulación de conclusiones y los vínculos con planes futuro, es fundamental para garantizar la aceptación y utilización de los resultados. La participación puede generar beneficios secundarios importantes, como impulsar la comprensión compartida de las prioridades del momento, intensificar el compromiso con las actividades del proyecto y comunicar información importante a los responsables de formular las políticas. Es probable que estos beneficios sean menos obvios cuando los evaluadores no buscan activamente una participación amplia en las fases de diseño y análisis.

La utilidad de los hallazgos obtenidos en las evaluaciones del proceso cobrará mayor importancia si se los integra a la gestión rutinaria del programa y si las partes interesadas tienen acceso frecuente a los hallazgos clave. Esto, a su vez, permitirá que se realicen ajustes programáticos oportunos para responder a la dinámica de la epidemia y a las prioridades, lo cual requiere estrategias de difusión que presenten la información de manera tal que sea fácil de incorporar para las partes interesadas y que promueva el uso de los hallazgos para perfeccionar el programa.

El uso de diseños de evaluación participativa y de métodos combinados en las evaluaciones del proceso: un ejemplo de Bangladesh

En 2005, un equipo independiente realizó la evaluación del proceso y de resultados del programa de prevención del VIH de la Sociedad de Bienestar Social de Bandhu (BSWS) en Bangladesh. La evaluación del proceso investigó las actividades realizadas, la cobertura del programa y la calidad de los servicios. Los métodos que se utilizaron para la recopilación de datos incluyeron la revisión de los datos de vigilancia (como el número de contactos de educación inter pares); entrevistas exhaustivas individuales y grupales con el personal y los beneficiarios del programa; y la observación de los servicios ofrecidos por el programa. El equipo de evaluación empleó también un enfoque participativo mediante el cual se involucró al personal de la BSWS y a los beneficiarios en el diseño de la evaluación, la recopilación de datos y la utilización de los resultados mediante la confección de planes de acción para poner en práctica las recomendaciones.

Se adquirieron dos importantes enseñanzas para la realización de evaluaciones con poblaciones de mayor riesgo. La primera fue la importancia de usar métodos de evaluación participativos con los grupos más estigmatizados. Como resultado de la participación del personal y los beneficiarios en las diferentes etapas de la evaluación, el equipo a cargo de esta tarea obtuvo mejor acceso a los encuestados y datos de mejor calidad. Además, dado que los participantes tenían voz en la decisión de qué se evaluaba, los resultados arrojados por la evaluación de hecho fueron usados por los interesados directos en el programa. Por último, se observó una transferencia de aptitudes en aquellos casos en que el persona aprendió más sobre cómo planificar y ejecutar su propia evaluación. La segunda enseñanza fue el valor de combinar el proceso con componentes de resultados como parte de un diseño integral de métodos combinados. Al llevar a cabo una evaluación conjunta de procesos y resultados y combinar deliberadamente métodos cuantitativos y cualitativos, el equipo de evaluación y las partes interesadas en el programa pudieron obtener una comprensión más plena del programa. Además, fue más fácil para el equipo de evaluación determinar que los cambios medidos eran atribuibles a los programas de BSWS.

Fuente: Anne Coghlan, ACTion Consulting

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Bertrand J, Solis M (2000). Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for nongovernmental organizations. MEASURE Evaluation Manual Series. Carolina Population Center. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

FHI (2004). Monitoring HIV/AIDS Programmes: A facilitators training guide. Research Triangle Park, NC, FHI.

FMSTM (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Segunda edición, Ginebra, FMSTM. http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/

Rehle T, Saidel T, et al. Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers. Research Triangle Park, NC, FHI.

Vigilancia de la aceptación y la cobertura de los programas

¿A qué preguntas responde la vigilancia de la aceptación y la cobertura?

Los datos sobre la aceptación de los servicios constituyen un componente básico del sistema de información de gestión para la planificación y la asignación de recursos. También son importantes para hacer un seguimiento del progreso realizado en la prestación de servicios y para proporcionar comentarios a las partes interesadas. El uso de la información sobre la aceptación de los servicios para la gestión de programas se describió, en parte, en el capítulo anterior. En esta sección se tratará el uso de estos datos como parte de la estimación de la cobertura del programa.

La cobertura es un indicio de si un programa funciona en los lugares correctos (“¿Las poblaciones de mayor riesgo pueden acceder a los servicios en las áreas en que estas poblaciones se concentran?”) y llega a la población objetivo (“¿Reciben los servicios una cantidad suficiente de personas pertenecientes a la población a la cual se dirigen las intervenciones?”). Para que un programa logre el máximo impacto sobre la prevención del VIH en las poblaciones de mayor riesgo, debe cumplir ambos objetivos. Una amplia cobertura es un paso intermedio hacia el cambio de comportamiento y la reducción del número de nuevas infecciones.

En aquellos países en los que la epidemia se concentra en las poblaciones de mayor riesgo, es probable que los programas estén orientados en forma específica. El direccionamiento geográfico garantiza que las intervenciones se realicen en zonas en las que se produce una convergencia de comportamientos de riesgo. En vez de intentar lograr una cobertura nacional, un programa que procura asignar eficazmente escasos recursos de prevención puede tratar de cubrir estas zonas. Por lo tanto, la vigilancia de la cobertura, tanto a nivel geográfico como individual, es importante para los programas dirigidos a poblaciones de mayor riesgo.

¿Cuándo es necesario vigilar la aceptación y la cobertura?

Durante la ampliación inicial de los programas, es importante evaluar la cobertura geográfica de los servicios de prevención del VIH, con el fin de asegurar que estén llegando a las poblaciones que los necesitan. Esta evaluación deberá realizarse al menos una vez al año. Una vez lograda la cobertura geográfica total y cuando cabe esperar que los recursos se mantengan en niveles similares, la vigilancia de la cobertura geográfica se vuelve menos importante y puede llevarse a cabo con menor frecuencia, quizá año por medio.

Para hacer un seguimiento de la aceptación de los servicios de prevención del VIH, se utilizan los datos de clientes atendidos o contactados. Estos datos deberán recopilarse como parte de un sistema de vigilancia rutinaria a nivel del proyecto y aplicarse cuando el proyecto se pone en marcha. A partir de entonces, se analizarán mensualmente. Cada tres, seis o doce meses pueden reunirse los datos a nivel de proyecto para realizar una vigilancia del programa en general. Los datos sobre la aceptación pueden combinarse con estimaciones del tamaño poblacional (analizada en el capítulo 3) para determinar la cobertura del programa en forma anual o bianual, en función de la disponibilidad de las estimaciones actualizadas del tamaño poblacional.

¿Quiénes deben llevar a cabo la vigilancia de la aceptación y la cobertura del programa?

A nivel de proyecto, el seguimiento del número de clientes atendidos es un componente básico de la vigilancia del proceso. El personal del proyecto también puede utilizar estos datos para obtener estimaciones individuales de la cobertura con el fin de evaluar si las intervenciones llegan a una proporción suficiente de la población objetivo o si se necesitan recursos adicionales o cambios en las estrategias.

Con el objeto de evaluar la cobertura global de los servicios, el personal que trabaja en la V+E del programa a nivel nacional o subnacional será responsable de agrupar los datos sobre la aceptación de servicios entre los proyectos dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Es también en este nivel que debe vigilarse la cobertura geográfica para identificar déficits en la programación y asignar los recursos de forma más estratégica. Estas dos actividades requieren capacidad en el nivel nacional o subnacional para compilar y analizar datos y obtener un panorama claro de la disponibilidad y el uso de la intervención.

Vigilancia de la ejecución de un conjunto mínimo de servicios de prevención del VIH dirigidos a poblaciones de mayor riesgo en la región del Mekong, Asia sudoriental

En la región del Mekong, en Asia sudoriental, la estrategia de la USAID y sus asociados es respaldar la ejecución de intervenciones eficaces para la prevención del VIH en las “zonas calientes” de toda la región. Muchos de estos lugares son ciudades, poblados grandes y zonas de frontera en los que convergen comportamientos peligrosos y elevados niveles de infección por el VIH en las poblaciones de mayor riesgo. En estos lugares, se está llevando a la práctica un conjunto mínimo de intervenciones para la prevención del VIH de manera coordinada, con el apoyo de donantes, organizaciones no gubernamentales y gobiernos nacionales. El conjunto mínimo incluye los siguientes servicios: educación inter pares y educación extrainstitucional, asesoramiento y pruebas de VIH, tratamiento de ITS, distribución de preservativos, medios dirigidos y tratamiento de adicciones y prácticas más seguras de inyección para los CDI. Un aspecto importante del conjunto es que existe vinculación entre estos servicios y los servicios de tratamiento y atención de las PVV. La disponibilidad del conjunto mínimo se supervisa cada dos años en lugares clave de toda la región. Se llevan a cabo entrevistas con los administradores de proyecto y con informantes clave para identificar todos los proyectos gubernamentales y no gubernamentales que brindan servicios a PFS, HSH o CDI en cada uno de esos lugares. Luego se evalúa la cantidad de sitios con todos los componentes establecidos. Además de vigilar la ampliación del conjunto mínimo de servicios de prevención del VIH, estos datos se utilizan para mejorar la coordinación entre asociados y respaldar la programación eficaz.

Fuente: Patchara Rumakom, Misión Regional de Desarrollo de USAID, Asia.

¿Qué métodos se emplean en la vigilancia de la aceptación y la cobertura?

Vigilancia de la cobertura geográfica

Puede emplearse el método de levantamiento de mapas para identificar aquellas áreas geográficas o lugares dentro de un país en los que los datos comportamentales y epidemiológicos indican que existen niveles más elevados de comportamientos de riesgo relacionados con el VIH y la posibilidad de que aumenten los niveles de infección por VIH. Cuando se combina con las estimaciones del tamaño de las poblaciones de mayor riesgo, este método puede utilizarse para identificar aquellos lugares o “zonas calientes” en los que deberían ponerse en práctica intervenciones para la prevención del VIH. Luego, puede evaluarse la disponibilidad de estas intervenciones mediante entrevistas con informantes clave de las comunidades, con miembros de las organizaciones que prestan servicios de prevención del VIH y con funcionarios del gobierno y de organismos donantes. Entonces, puede hacerse un seguimiento en el tiempo de la cantidad de centros que ofrecen intervenciones para la prevención del VIH.

La elección de las intervenciones que se evaluarán en las estimaciones de la cobertura geográfica deberá basarse en pruebas y seguir las directrices internacionales sobre mejores prácticas. La Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida adoptada por el UNGASS en 2001 identificó diversas áreas de intervenciones relacionadas con el VIH. Puede encontrarse información más detallada sobre intervenciones específicas dirigidas a PFS y CDI en las publicaciones de la OMS citadas al final de este capítulo.

Vigilancia de la aceptación y la cobertura individual

Si bien la cobertura geográfica proporciona información sobre la disponibilidad de servicios, no ofrece datos sobre la aceptación de estos servicios. Dado que las personas que pertenecen a poblaciones de mayor riesgo son a menudo marginadas y deben enfrentar el estigma y la discriminación, es posible que no utilicen los servicios aun cuando los tengan a su disposición. Por lo tanto, la vigilancia de la utilización de los servicios clave ofrecidos a las poblaciones de mayor riesgo debe ser un componente importante de la evaluación de la cobertura de los programas.

Todos los proyectos deben registrar el número de clientes que reciben servicios o a los que se contacta a través de las actividades de difusión. Esta información puede recopilarse en registros mantenidos en dispensarios y en centros de acogida y consulta, o en cuadernos de trabajo que completan los agentes de divulgación. Luego, estos datos deben agruparse periódicamente (por ejemplo, una vez por mes) para evaluar el número total de clientes atendidos y el total por tipo de servicio. Puesto que puede resultar difícil registrar el número de clientes y no el de visitas del cliente o de contactos con él, es necesario recurrir a un programa que permita hacer un seguimiento de cada uno de los clientes. Mientras que algunos registros de clientes pueden contener información que los identifique personalmente, otros pueden utilizar un número único de identificación. Un centro de acogida y consulta para HSH puede, por ejemplo, dar a sus clientes una tarjeta de afiliación que contenga un número único de identificación. Esto permitirá que los clientes se registren para acceder a los servicios sin la necesidad de dar a conocer información que los identifique personalmente. Cuando se llevan a cabo tareas de difusión en bares, lugares de citas u otros sitios, los agentes de divulgación pueden preguntar a los clientes si algún otro agente de divulgación ya ha hablado con ellos. Luego pueden tomar nota en su cuaderno de trabajo después de brindar al cliente los servicios de difusión.

Allí donde existan múltiples proyectos que ejecutan intervenciones dirigidas a la población de mayor riesgo, la cobertura del programa puede estimarse utilizando el conjunto de datos obtenidos de los registros del proyecto o de las encuestas realizadas a las poblaciones de mayor riesgo. A continuación se presenta un resumen de estos métodos.

Registros del programa y estimaciones del tamaño de la población

Sinopsis: Los datos sobre la aceptación de los servicios se obtienen de los registros del proyecto y de las estimaciones del tamaño de la población.

Características principales: La mayoría de los proyectos llevan registros de los clientes que reciben los servicios o que son contactados a través de los programas de difusión. Estos datos pueden agruparse para generar estimaciones de la cantidad de clientes atendidos en un período determinado. La mejor manera de lograr esto es trabajar dentro de un sistema unificado de V+E, lo cual garantiza que los datos se reúnan en un formato uniforme y evita la superposición de datos de uno y otro proyecto. Cuando se los combina con las estimaciones del tamaño de la población objetivo (véase Capítulo 3), puede estimarse la cobertura.

Supuestos: Aquí se supone que los programas pueden hacer un seguimiento del número de clientes alcanzados dentro de cada proyecto y entre los distintos proyectos. Si bien hacer el seguimiento de los contactos con los clientes o sus visitas es relativamente fácil, es más difícil para los proyectos hacer el seguimiento del número de cada uno de los clientes atendidos. Esto es especialmente cierto con las poblaciones de mayor riesgo que pueden mostrarse poco dispuestas a acceder a los servicios que requieren información personal. Allí donde diversos proyectos brindan servicios parecidos para la misma población o cuando se agrupan las estimaciones de clientes atendidos en cada uno de los proyectos, es posible que los clientes que han recibido servicios de más de un proyecto se cuenten varias veces. Si los proyectos dirigidos a la misma población utilizan el mismo código único para hacer un seguimiento de los clientes, puede reducirse la probabilidad de que se los cuente más de una vez. Este método supone también que las estimaciones válidas del tamaño de la población objetivo pueden utilizarse para el denominador.

Uso de dos métodos diferentes para hacer el seguimiento de la cantidad de clientes a los que llegaron los servicios: ejemplos de la Federación de Rusia y Viet Nam

Para hacer un seguimiento de la prestación de servicios a cada uno de los clientes, puede desarrollarse y ponerse en práctica un sistema especial de códigos que mantiene el anonimato y, a la vez, identifica al cliente del programa. Para los clientes de un programa dirigido a los CDI en la Federación de Rusia, se utiliza un código reproducible que contiene una combinación de letras y cifras que el cliente puede reproducir independientemente de su condición. Este código se forma con la primera letra del nombre del cliente, la primera letra del nombre de su madre, el año de nacimiento y otros factores. Así, los clientes no necesitan revelar ninguna información que los identifique personalmente ni mostrar una tarjeta de afiliado u otro documento para recibir los servicios.

Fuente: Alexey Bobrik, Open Health Institute, Federación de Rusia

Estimar el número de personas con las que se entró en contacto durante un período determinado constituye un desafío especial cuando se trata de prestar servicios de difusión a las poblaciones de mayor riesgo en ámbitos comunitarios, dado que es posible que se llegue a las mismas personas varias veces durante un mismo período de informes. Esto redundaría en una sobreestimación del número real de individuos que recibieron los servicios. Mientras que el sistema único de identificación puede ser factible como manera de hacer el seguimiento del número de clientes que recibieron servicios en un lugar fijo (como un centro de acogida y consulta o un dispensario de atención de ITS), el sistema no resulta tan útil en ámbitos de divulgación como bares, parques o esquinas. Con el "método de recuerdo", se pide a quienes reciben los servicios que recuerden la última vez (es decir, el último mes y año) que tuvieron contacto con el personal del proyecto a través de actividades de difusión para la prevención del VIH. Con esta pregunta sencilla, puede separarse el número de contactos o de servicios prestados de la cantidad de individuos a los que realmente se contactó en el período de referencia. Cuando se lo probó en Viet Nam para programas dirigidos a PFS y a HSH, los datos obtenidos de la prueba piloto de 3 meses demostraron que, en comparación con los 3 meses anteriores, si bien el número de servicios prestados no varió en forma significativa, el número de PFS contactadas disminuyó en alrededor del 50%. Por el contrario, el número de HSH contactados no disminuyó en forma significativa dado que eran pocos los contactos que se habían repetido; la mayoría de los HSH a los que se había llegado eran nuevos y sólo se los había contactado una vez en el trimestre.

Fuente: Mike Merrigan, Family Health International, Tailandia

Encuestas a poblaciones de mayor riesgo

Sinopsis: En las encuestas comportamentales de poblaciones de mayor riesgo se incluyen preguntas relacionadas con la exposición a las intervenciones.

Características principales: Los encuestados responden a una serie de preguntas sobre su exposición a las intervenciones y el uso de los servicios. Dado que los encuestados a menudo no pueden identificar la fuente del servicio, las encuestas en general capturan la cobertura del programa y no la cobertura de la intervención de un proyecto en particular.

Supuestos: Se supone que los encuestados podrán recordar la exposición a diversos tipos de intervenciones durante un período determinado. En el caso de las poblaciones móviles, como profesionales del sexo en algunos ámbitos, las estimaciones de la cobertura en un momento determinado basadas en los datos encuestales pueden no reflejar la cobertura de esa población objetivo durante un período más prolongado, dado que las poblaciones entran y salen del área de la intervención. Además, dado que es muy probable que los miembros de las poblaciones de mayor riesgo que son encuestados hayan sido contactados por intervenciones programáticas, es posible que la estimación de la cobertura resulte superior a la real.

Indicadores UNGASS de la cobertura de programas

- Porcentaje de poblaciones de mayor riesgo a las que se llegó con programas de prevención del VIH
- Porcentaje de poblaciones de mayor riesgo que se hicieron una prueba de VIH y conocen los resultados

Cómo seleccionar el método más adecuado para la vigilancia de la aceptación y la cobertura

Lo ideal sería que se vigilen la aceptación y la cobertura utilizando registros del programa y estimaciones del tamaño de la población. Sin embargo, esto requiere que los proyectos tengan capacidad para recopilar e informar la aceptación de los servicios y que se adopten sistemas para ajustar las cifras en el caso de conteo doble. Si se carece de un buen sistema de registro de datos, los datos deberán obtenerse de las encuestas.

¿Cuáles son los desafíos específicos relacionados con la vigilancia de la aceptación y la cobertura entre poblaciones de mayor riesgo?

Dado que los miembros de las poblaciones de mayor riesgo muchas veces desean mantener el anonimato cuando acceden a los servicios o cuando son contactados por agentes de divulgación, puede resultar difícil para los proyectos hacer un seguimiento de cada uno de los clientes que recibieron servicios. Es posible que los clientes se rehúsen a proporcionar información que los identifique personalmente y que pudiera usarse para identificarlos en visitas subsiguientes. Puesto que las actividades de difusión se llevan a cabo en lugares como bares, lugares de encuentro de CDI o lugares de citas, los agentes de divulgación rara vez pueden registrar información sobre el cliente inmediatamente después de contactarlo.

¿De qué manera pueden utilizarse los resultados?

En muchos países, se encuentran en curso actividades de ampliación para llevar las intervenciones sobre VIH a las poblaciones de mayor riesgo. La vigilancia de estos esfuerzos sirve para asegurar que estas poblaciones reciban una gama completa de intervenciones y que la escala de esas intervenciones sea suficiente para satisfacer las necesidades.

Al disponer de mayor cantidad de recursos, se espera que los programas proporcionen los servicios de manera eficaz y, con frecuencia, deben informar a los gobiernos nacionales, a los donantes y a la comunidad internacional el número de clientes a los que se llegó como parte del proceso de elaboración de estimaciones de la cobertura. Informar el progreso realizado en relación con la cobertura constituye una herramienta útil para demostrar resultados y para fundamentar la demanda de recursos adicionales.

Además de su utilidad para la vigilancia de la ampliación, la información sobre las actividades programáticas y los individuos a los que estas actividades llegan es necesaria para una correcta evaluación del programa. Las evaluaciones del proceso (tratadas en el Capítulo 5) que apuntan a evaluar la eficacia del programa pueden comparar los productos, por ejemplo, el número de clientes atendidos, con los insumos del programa. Estos datos también resultan útiles en las evaluaciones de los resultados y el impacto (tema tratado en el Capítulo 7). Si no se tienen en cuenta los datos sobre la cobertura, la evaluación de un resultado o impacto puede conducir a conclusiones erróneas. Podría, por ejemplo, mostrar que el impacto ha sido pequeño o ninguno, no porque la intervención fuera ineficaz, sino porque no llegó a la cantidad suficiente de personas en la población objetivo.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Bertrand JT, Solis M (2000). Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for non-governmental organizations. MEASURE Evaluation Manual Series, No 10. Carolina Population Center. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

Chapman S, Capo-Chichi V, Longfield K, Piot P (2005). Project MAP: Measuring access and performance (lessons learned and recommendations). Washington, DC, PSI, Research Division

FMSTM (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Segunda edición, Ginebra, FMSTM. http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/

Rehle T, Saidel T, et al. Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers. Research Triangle Park, NC, FHI.

ONUSIDA (2005). Intensifying HIV prevention, Documento de Posición Política del ONUSIDA. Ginebra, ONUSIDA.

Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2001). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. Nueva York, Naciones Unidas.

OMS (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Ginebra, OMS.

OMS (2005). Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex worker settings. Ginebra, OMS.

Evaluación de la efectividad de la intervención. Evaluación de resultados

¿A qué preguntas responde la evaluación de resultados?

La evaluación de los resultados determina si las actividades del programa han logrado los efectos pretendidos en la población objetivo y en qué medida lo han hecho. Responde a dos preguntas:

- ¿Se observan en la población objetivo los resultados buscados?
- ¿Es probable que estos cambios sean el resultado de la intervención?

La primera pregunta implica la recopilación de datos sobre resultados seleccionados, por ejemplo, sobre los conocimientos relacionados con el VIH y los comportamientos de riesgo, en el tiempo.⁴ La segunda pregunta requiere la utilización de métodos que proporcionen evidencia suficiente para fundamentar el vínculo entre los cambios observados y la intervención. Los futuros usuarios de los hallazgos de una evaluación de los resultados —quienes planifican el programa, por ejemplo— necesitan determinar de antemano la magnitud del efecto esperado y el nivel de pruebas que necesitarán para deducir que la intervención es realmente eficaz. Estos factores afectarán las decisiones que se tomen respecto del programa, por ejemplo, si deberá continuarse con el financiamiento y si la intervención deberá ampliarse o reproducirse.

¿Cuándo es necesario llevar a cabo la evaluación de resultados?

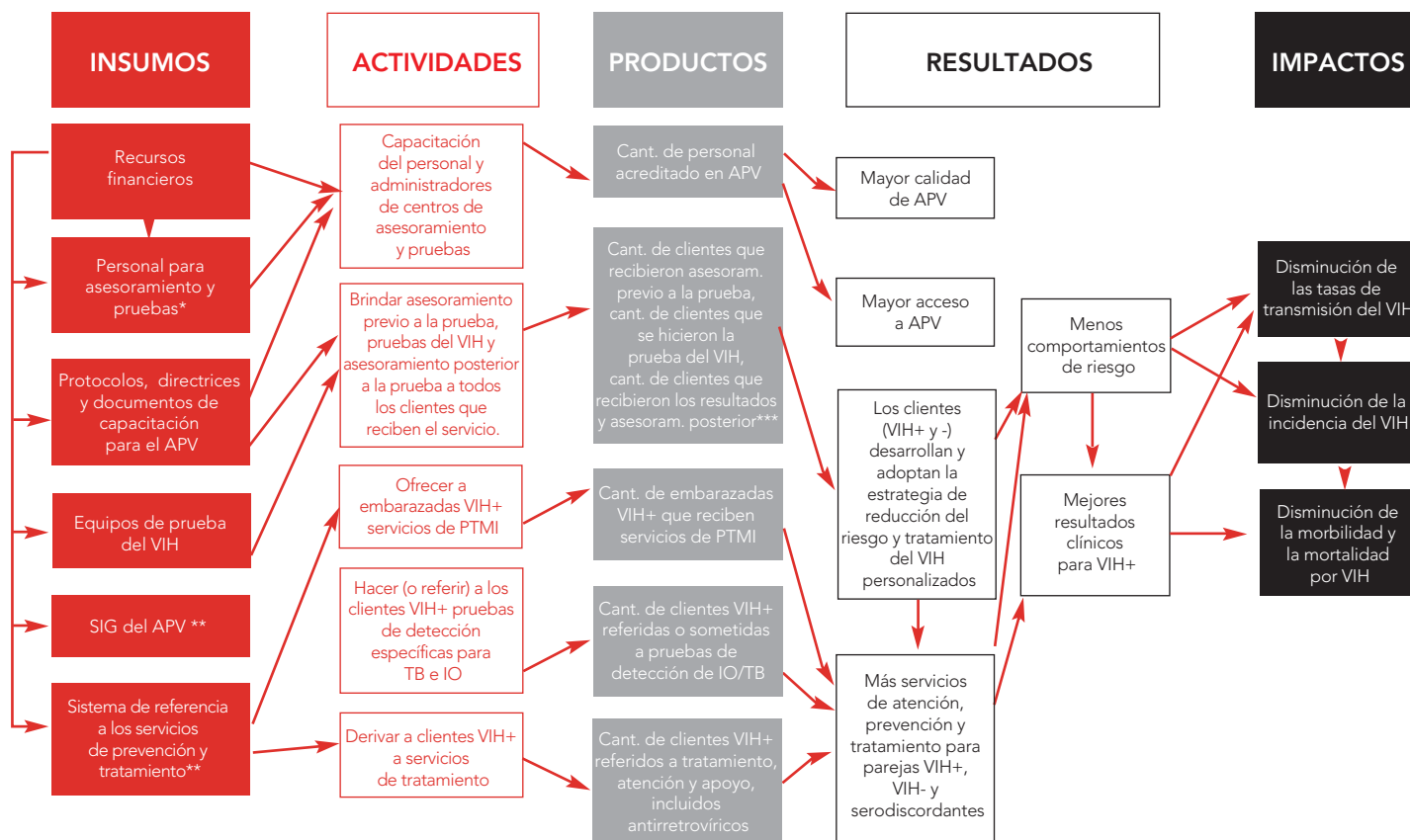
Si se justifica o no realizar una evaluación de resultados y qué métodos emplear para realizarla dependerá de la intervención y del contexto. Como se explicó en la introducción a este documento guía, la extensión y el costo de las actividades de V+E deberá ser proporcional a la magnitud, el alcance y el costo de los programas. Además, no todas las actividades de V+E son adecuadas para un programa determinado o para la etapa de desarrollo en la que se encuentre el programa. En general, debería considerarse una evaluación de resultados después de la introducción de una nueva intervención o para establecer la eficacia de una intervención cuando se desconoce su efectividad. Normalmente, evaluar la eficacia significa determinar si una intervención podría funcionar si se la ejecutara en condiciones óptimas (un enfoque basado más en la investigación, para el cual generalmente se utilizan los métodos más rigurosos). Evaluar la efectividad normalmente significa determinar si una intervención funciona tal como se la ejecuta, es decir, por lo general en condiciones subóptimas o del mundo real (un enfoque programático más pragmático) (Coyle et al., 1991).

La planificación de una evaluación de resultados debería comenzar en las primeras etapas de la formulación del programa. Desarrollar un modelo lógico es un método eficaz para planificar una evaluación (para ver un ejemplo de un modelo lógico para un programa de APV, remítase a la Figura 13. Nota: sólo se muestran algunas relaciones lógicas entre los elementos del programa). Un modelo lógico funciona para el programa como un mapa de ruta: destaca qué actividades deben realizarse antes que otras y la forma en que se pretende alcanzar los resultados buscados. Al incluir conexiones explícitas entre los resultados a corto, mediano y largo plazo, el personal del programa podrá evaluar mejor el avance y el éxito del programa y detectar las deficiencias en las operaciones programáticas (W.K. Kellogg Foundation, 1998). El modelo puede utilizarse para decidir cuáles de

⁴ Normalmente, la evaluación de resultados recaba datos sobre el conocimiento, las prácticas y el comportamiento, mientras que la evaluación del impacto incluye datos sobre la prevalencia y la incidencia de la enfermedad como función de las actividades del programa en el tiempo (Rugg, Peersman y Carael, 2004).

los elementos del programa han de estudiarse sistemáticamente a fin de determinar si los supuestos subyacentes al programa eran o no correctas, o en qué puntos el modelo no se desempeña según la concepción original. En otras palabras, ayuda a vincular las actividades con los resultados buscados y a focalizar la evaluación en eventos clave para ver qué sucede, qué funciona, qué no y para quiénes.

Figura 12. Ejemplo de un modelo lógico para la ejecución de un programa de APV



Fuente: ORC Macro y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. M&E capacity building for programme improvement, juego de diapositivas para capacitación en V+E, Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2003.

Antes de realizar la evaluación de resultados, es importante determinar a través de la vigilancia y la evaluación del proceso si las actividades se ejecutan según lo planificado y si llegan a los beneficiarios previstos. Además, un proyecto incipiente necesita establecer su capacidad para atender a una cantidad suficientemente grande de clientes con una intensidad adecuada en el servicio. (Si desea conocer un instrumento útil para evaluar si el programa está listo para una evaluación de resultados, consúltese además: Global AIDS Programme, 2003). Si un programa no está listo para la evaluación, pueden desperdiciarse fondos limitados, tiempo y otros recursos, y esto puede disuadir al personal del programa de realizar o permitir la realización de ningún tipo de evaluación.

Hasta la fecha, ha habido una falta general de actividad y documentación sobre las evaluaciones de resultados de prevención del VIH, en especial para los países en desarrollo. Una revisión reciente de las evaluaciones de intervenciones para la prevención del VIH encontró que las intervenciones dirigidas a las poblaciones de mayor riesgo recibían poca atención y que las intervenciones dirigidas a HSH, en particular, carecían totalmente del estudio necesario. Además, la mayoría de las evaluaciones se centraban en intervenciones a nivel individual y pocas abordaban la efectividad de las intervenciones a nivel social, político o estructural.⁵ A partir de los resultados de esta revisión y del curso actual de la epidemia del VIH, existe la innegable necesidad de aumentar el nivel de esfuerzos destinados a las evaluaciones de intervenciones dirigidas a las poblaciones de mayor riesgo, especialmente entre HSH y CDI.

¿Qué métodos se utilizan para realizar una evaluación de resultados? ¿Cómo elegir los métodos apropiados para un contexto o una situación específica?

Para realizar una evaluación de los resultados, se necesitan métodos sistemáticos, bien fundamentados. En la sección siguiente describiremos brevemente los métodos primordiales empleados en la evaluación de resultados. Pueden obtenerse descripciones más exhaustivas de la metodología en los recursos que se enumeran bajo “Bibliografía y referencias para lectura complementaria”.

Diseño del estudio

La elección de un diseño de estudio apropiado debe comenzar temprano, al planificar la evaluación, dado que existe una variedad de factores —como el financiamiento, el nivel de capacitación del personal y el tiempo asignado— que influyen sobre la elección. Tal como se explicó en la introducción a este documento, los estudios observacionales, analíticos y experimentales, al igual que la vigilancia rutinaria y la evaluación del programa, contribuyen de manera legítima a la respuesta que se da a las preguntas clave sobre la salud pública (la Figura 4 muestra un ejemplo, véase también Beck et al., 2006). Normalmente, los diferentes métodos se utilizan en forma secuencial y cada uno responde a diferentes preguntas. A menudo, los usuarios de la información se conformarán con pruebas que indiquen que es “suficientemente bueno”, es decir, pruebas que respalden un posible vínculo entre las operaciones programáticas y los resultados esperados. Si bien los métodos no experimentales se han usado con regularidad en las evaluaciones de resultados comportamentales, quizá no proporcionen la información que las partes interesadas necesitan para tomar decisiones fundamentadas. Allí donde existe un alto grado de incertidumbre o donde los intereses relacionados con las decisiones son particularmente elevados, quizás se precisen métodos más rigurosos que proporcionen pruebas sólidas de que la intervención, además de otros factores, generó los resultados observados. No obstante, la necesidad de un diseño riguroso de estudio debe compensarse con cuestiones de costo y factibilidad. También cabe señalar que si bien los estudios experimentales pueden determinar la eficacia de una intervención en condiciones controladas, en la mayoría de los casos no pueden deducir la efectividad de la misma intervención una vez que se la ha introducido en la práctica de rutina.

⁵ Peersman, et al. (2005).

Uso de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar una intervención dirigida a profesionales del sexo en Côte d'Ivoire.

En Côte d'Ivoire se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado entre 542 profesionales femeninas del sexo que recibieron intervención, ya fuera básica o intensiva (visitas más frecuentes), que consistió en información y educación, preservativos gratis y tratamiento de ITS. Se evaluaron los resultados para 225 mujeres (42%) a través de autoinformes sobre el comportamiento y de pruebas de ITS. Cuando los datos de referencia se compararon con los datos posteriores a la intervención, se encontró que existía una asociación significativa entre la intervención y el aumento en el uso de preservativos (del 40% al 82%) y entre la intervención y la disminución en la prevalencia de gonorrea (del 14% al 5%) y de tricomoniasis (del 24% al 11%). Respecto a la incidencia de VIH, las tasas fueron más bajas entre las mujeres que participaron en el programa intensivo que entre las que participaron en el básico, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Fuente: Hoffman O, Boler T y Dick B. *Achieving global goals on HIV among young people most-at-risk in developing countries: young sex workers, injecting drug users and men who have sex with men (2006)*. En: Ross D, Dick B y Ferguson J (Eds). *Preventing HIV/AIDS In Young People. A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries*. Ginebra, OMS.

Al planificar una evaluación de resultados, pueden utilizarse datos cuantitativos o una combinación de datos cuantitativos y cualitativos para obtener un panorama más integral de la efectividad de la intervención.

- **Métodos cuantitativos:** Los métodos cuantitativos son fundamentales en la mayoría de las evaluaciones de resultados para cuantificar la medida en que se alcanzaron los objetivos del programa. Estos métodos analizan relaciones entre variables como las características generales de un individuo y el comportamiento de riesgo en relación con el VIH. Los instrumentos que se utilizan incluyen encuestas y cuestionarios para reunir información en forma sistemática sobre una muestra seleccionada de personas.
- **Métodos cualitativos:** Los métodos cualitativos son importantes para lograr una comprensión más completa del comportamiento de las poblaciones de mayor riesgo y de los factores que influyen en el éxito de una intervención relacionada con el VIH, y para interpretar los resultados cuantitativos. Entre los métodos cualitativos pueden citarse las entrevistas, los grupos dirigidos de debate y las observaciones directas.

Para aumentar su fiabilidad y validez, los datos comportamentales cuantitativos y cualitativos deben triangularse con los datos biológicos, comportamentales y de proceso pertinentes para lograr una idea más completa del contexto en que ocurren los comportamientos de riesgo. La triangulación emplea múltiples perspectivas o métodos para interpretar un único conjunto de datos o programa. Sin ensayos controlados rigurosos, en determinadas circunstancias, la triangulación de los datos puede utilizarse para vincular la intervención que se está evaluando con los cambios observados en el comportamiento. En el Capítulo 9 se presenta más información sobre la triangulación de datos.

Resultados

Una correcta evaluación examina los resultados en múltiples niveles:

- (a) resultados individuales, por cliente (p. ej., en términos de cambios en las circunstancias, el estado, la calidad de vida o funcionamiento, el conocimiento, la actitud y el comportamiento de los clientes);
- (b) resultados a nivel de programa y de sistema (p. ej., mejor acceso a la gestión de casos, más alternativas de colocación laboral, fortalecimiento de las asociaciones de proyectos);
- (c) resultados más amplios en la familia y la comunidad (p. ej., mayor participación cívica, menor violencia).

Uno de los errores más comunes al realizar evaluaciones de resultados es no dejar que transcurra el tiempo necesario para que la intervención produzca un efecto antes de evaluarla. Las intervenciones orientadas al comportamiento en relación con el VIH requieren tiempo para influir en el comportamiento personal, en las normas sociales de la comunidad y en la incidencia misma del VIH. La evaluación prematura de los resultados de un programa puede no mostrar cambios, o mostrar mejorías a corto plazo que no se sostienen.

Instrumentos para la recopilación de datos y métodos de muestreo

Uno de los métodos primarios para evaluar la efectividad de intervenciones es hacer encuestas para evaluar las percepciones, los comportamientos, el conocimiento, las actitudes y el estado de la infección en las poblaciones de mayor riesgo a las que va dirigido un proyecto o una intervención de prevención del VIH. Las encuestas bien encaradas utilizan instrumentos ya probados y validados aplicados en muestras representativas de la población a la cual va dirigida la intervención. Estas encuestas deben recopilar datos sobre los indicadores recomendados internacionalmente (analizado en más detalle en el capítulo siguiente) y otra información necesaria a los fines de la evaluación. Encuestar a poblaciones con las que es difícil conectarse representa un desafío importante para quienes llevan a cabo evaluaciones de resultados. En el Capítulo 8 se presenta un panorama general de métodos de muestreo sólidos y sistemáticos para capturar los comportamientos de alto riesgo dentro de las poblaciones de mayor riesgo, y los indicadores recomendados.

¿Quiénes deben realizar las evaluaciones de resultados?

Realizar una correcta evaluación de resultados requiere personal capacitado dedicado a esa tarea. Quienes realizan la evaluación no necesitan tener un título universitario, pero sí entender las premisas y la ejecución de diseños básicos de investigación. Los evaluadores deben participar en el proyecto desde las primeras etapas, de manera que puedan planificar y presupuestar un diseño de evaluación de resultados adecuado en función de lo que ya se conoce sobre el programa y las necesidades de información. Los proveedores de servicios deben comprender la importancia de la investigación de la evaluación para el mejoramiento, la sostenibilidad y la reproducción del proyecto, mientras que los evaluadores deben comprender que la mayoría de las organizaciones necesitan información para abordar las necesidades de prevención del VIH. Cuanto mayor sea la cooperación entre el personal del programa y los evaluadores, mejor será la calidad y la relevancia de las evaluaciones de los resultados.

A continuación se describe un proceso para desarrollar evaluaciones conjuntas de resultados en ámbitos de la comunidad, que integra partes interesadas con idoneidad técnica e idoneidad programática de base comunitaria.

(1) Establecer metas en común y preguntas para la evaluación: Desde el inicio, las partes interesadas deben establecer metas comunes e identificar preguntas que orientarán la evaluación. Durante los debates preliminares, se incentiva a las partes interesadas a trabajar en forma mancomunada para encontrar el equilibrio entre la integridad técnica para la evaluación, la puesta en práctica aplicada y la utilización programática de los resultados. Sobre todo, las preguntas para la evaluación deberán reflejar las prioridades del programa que se está evaluando.

(2) Desarrollar una metodología aplicada: Las preguntas para la evaluación deben guiar la elección de la metodología más apropiada. Sin embargo, es fundamental que la metodología elegida se mantenga lo suficientemente flexible como para que pueda adaptarse a las realidades del proyecto y adecuarse a la prestación de servicios y a las necesidades de las comunidades atendidas. La metodología debe respaldar las operaciones del programa, la intervención o los servicios ofrecidos y no interferir con su prestación. Una estrategia para aplicar durante la etapa previa a la evaluación es capacitar a quienes participan en la evaluación para presentar, explicar y generar interacciones en torno a los objetivos y las operaciones de la evaluación y de su contribución y respaldo a la prestación de los servicios.

(3) Establecer comunicaciones regulares y relaciones de colaboración: Para asegurar que las partes interesadas acepten respaldar la evaluación (en especial el personal que presta los servicios), deberán establecerse mecanismos y procesos de comunicación entre quienes participan en la evaluación. La comunicación regular implica la realización de debates abiertos sobre cuestiones y problemas que deben abordarse, y la resolución conjunta de problemas respecto de cuál es el mejor modo de responder.

(4) Establecer mecanismos regulares de recepción de opiniones: Deberán establecerse mecanismos regulares de recepción de opiniones para que todos los interesados reciban actualizaciones continuas sobre la evaluación y la prestación de los servicios. Un objetivo importante de estas actualizaciones debe ser la orientación sobre la aplicación y utilización de los datos a lo largo de toda la evaluación que configura la prestación de los servicios. En muchos casos, las partes interesadas necesitarán estar preparadas para realizar ajustes —tanto en la metodología de la evaluación como en la prestación de los servicios— en función de las cuestiones que surjan durante la evaluación.

(5) Usar la evaluación para desarrollar capacidad programática: El objetivo general de la evaluación de resultados y de la investigación en los ámbitos de la comunidad debe ser apoyar el desarrollo y la sostenibilidad de la prestación de los servicios del programa, para garantizar que se brinden los servicios correctos de la manera correcta a las poblaciones correctas. Es igualmente importante que la evaluación se diseñe de manera tal que los procesos y los sistemas de la evaluación se desarrollen dentro de la organización comunitaria que perdurará después de la evaluación y que puedan aplicarse a otras áreas de servicio.

¿Cuáles son los desafíos específicos que deben enfrentarse al evaluar los resultados?

Dadas las técnicas y los recursos necesarios, llevar a cabo evaluaciones eficaces de los resultados de intervenciones para la prevención del VIH es, en sí, un desafío, y cuando se trata de estudios en poblaciones de mayor riesgo, ese desafío es aún mayor. Durante el proceso de planificación de la evaluación es importante prestar atención a obstáculos específicos. Superar la discriminación y la marginalización en el campo de la investigación y las políticas constituye el primer desafío que enfrentan las evaluaciones de resultados relacionadas específicamente con la prevención del VIH en las poblaciones de mayor riesgo. Algunos de los responsables de formular políticas, e incluso administradores de programas y evaluadores, consideran que las poblaciones de alto riesgo no son merecedoras de los recursos que deben invertirse para ejecutar y evaluar intervenciones. Por lo tanto, esos grupos marginados, si bien son los de mayor riesgo, reciben menos atención. Esta marginalización es especialmente peligrosa en el actual clima de financiamiento, en el que se destinan más fondos al tratamiento del VIH, lo cual crea un entorno aún más competitivo para los fondos destinados a la prevención. Los responsables de la planificación y la evaluación y los promotores de la lucha contra el VIH deben convencer a las otras partes interesadas sobre la necesidad continua de intervenciones y evaluaciones en las poblaciones de mayor riesgo.

El diseño y la puesta en práctica de las encuestas representan otro desafío. Con frecuencia, las poblaciones de mayor riesgo son móviles y difíciles de contactar, lo que genera dificultades a la hora de realizar evaluaciones de seguimiento. En consecuencia, deben administrarse muestreos y encuestas especializadas para capturar las estimaciones más fiables del comportamiento posterior a una intervención. Estas actividades quizás requieran más tiempo, esfuerzo y recursos pero, en general, la utilidad de la información compensa con creces el costo.

Otro desafío importante es lograr y mantener un cambio de comportamiento. Es difícil diseñar programas eficaces orientados al cambio de comportamiento en las poblaciones de mayor riesgo y muchos programas no logran generar el impacto buscado. Eso no significa que las intervenciones deban suspenderse. Por el contrario, las evaluaciones de resultados pueden mostrar en qué puntos puede mejorarse la intervención.

¿De qué manera pueden utilizarse los datos que arroja la evaluación de resultados?

Quizás el paso más importante en el proceso de evaluación de los resultados sea el uso eficaz y la divulgación de los datos. Dado que las evaluaciones de resultados proporcionan información sobre la efectividad de las intervenciones, esta información es fundamental para los responsables de formular políticas y de planificar programas a nivel local, pero también en los demás niveles. Entre los muchos usos que tienen los resultados de la evaluación (véase la lista en la página siguiente), el más importante es el de perfeccionamiento y mejoramiento de las intervenciones orientadas a la prevención del VIH. Quienes planifican los programas pueden utilizar las evaluaciones de los resultados para mejorar el diseño de programas que se adapten a las necesidades específicas de las poblaciones a las que van dirigidos. Además, el marco y el contenido del programa pueden reproducirse (con ajustes) para otras poblaciones de mayor riesgo o en otras áreas geográficas. Los resultados de las evaluaciones proveen información que fundamenta la distribución de los recursos entre los diferentes programas y los datos necesarios para convencer a los responsables de formular políticas de la importancia de ampliar los programas de prevención del VIH.

Proyecto Sonagachi en Calcuta

El proyecto Sonagachi en Calcuta, India, confirmó su efectividad para aumentar el uso de preservativos entre profesionales del sexo a través de un ensayo aleatorizado llevado a cabo durante 15 meses en una comunidad formada por múltiples grupos. Los resultados revelaron que el uso de preservativos aumentó en un 39% en el grupo expuesto a la intervención mientras que sólo aumentó el 11% en el grupo testigo. El uso sistemático de preservativos aumentó en un 25% en el grupo expuesto a la intervención mientras que sólo aumentó el 16% en el grupo testigo. Estos hallazgos confirmaron empíricamente las conocidas pruebas anecdóticas del grupo e ilustraron la utilidad de las intervenciones de base comunitaria diseñadas teniendo en mente la población objetivo.

Fuente: Basu, Jana y Rotheram-Borus, 2004

Posibles usos de los hallazgos de las evaluaciones de resultados

- Contribuir a la planificación estratégica del programa con miras al futuro
- Fundamentar los planes y actividades orientados al desarrollo de capacidades
- Orientar los planes y las decisiones respecto de la contratación de personal del programa
- Influir en los esfuerzos y las decisiones en relación al financiamiento
- Influir en el desarrollo de la política organizativa o en los cambios que en ella se introduzcan
- Proporcionar información valiosa sobre las enseñanzas adquiridas a los organismos que planifican ejecutar programas similares
- Influir en la política y los procedimientos gubernamentales

Es importante que los hallazgos arrojados por las evaluaciones de resultados se interpreten e integren a la información y las enseñanzas adquiridas de otras actividades de V+E, en especial, de las evaluaciones de procesos. La información sobre el proceso ayudará a comprender por qué y de qué manera las intervenciones han concretado o no sus resultados, y puede mostrar qué es, en realidad, lo que está provocando el cambio de comportamiento.

Para aumentar la probabilidad de que los datos se utilicen, los evaluadores y planificadores de programas deberían incluir planificación del uso de datos antes y durante el proceso de evaluación de la intervención. Antes de decidir cuál será el diseño de la evaluación, los evaluadores deberían elaborar una lista de todas las partes interesadas pertinentes —como formuladores de políticas, donantes, personal del programa, etc.— y analizar quiénes son los que más probablemente utilizarán los datos obtenidos de la evaluación de resultados y cómo podrían utilizarlos. Así, en esa etapa se identificarán los obstáculos que se interpongan con el uso de los datos y se discutirán las estrategias para superarlos. Aquí podría incluirse, por ejemplo, el desarrollo del respaldo temprano de los grupos interesados y la elaboración de preguntas de evaluación que sean significativas para los usuarios previstos.

Los hallazgos de la evaluación deberán estar a disposición de las poblaciones objetivo que, a su vez, deberán participar en la divulgación de estos datos. Un educador podría, por ejemplo, visitar una comunidad en la que se comercia con el sexo y hablar sobre el programa, su efectividad y sobre los lugares en que puede accederse a los servicios. Los hallazgos de la evaluación deberán difundirse de manera amable y oportuna para el público a través de:

- redes formales e informales en la comunidad de alto riesgo, mediante reuniones, boletines y otros foros;

- conferencias profesionales relacionadas con la prevención del VIH y la V+E, mediante documentos de trabajo o afiches;
- revistas científicas (profesionales o no profesionales);
- medios electrónicos de comunicación, como páginas web y correos electrónicos.

Es importante, en especial cuando se publican para la comunidad en riesgo, que los resultados estén adaptados al público. Deberá evitarse el uso de lenguaje excesivamente técnico y científico, y parafrasearse los conceptos importantes para que resulten tan comprensibles como sea posible. Las presentaciones deben incluir las razones por las que los destinatarios debería prestar atención a los resultados y explicar en qué modo esos resultados los afectan a ellos y a toda la comunidad.

Para que los hallazgos de una evaluación marquen una diferencia, los informes escritos deben ser de buena calidad. Un informe útil sobre una evaluación:

- suministrará información contextual que permita entender mejor los hallazgos de la evaluación;
- presentará datos convincentes, sólidos y pertinentes;
- incluirá recomendaciones específicas y realistas para que los responsables de la formulación de políticas y los planificadores de programas alcancen los resultados esperados.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Basu I, Jana S y Rotheram-Borus M (2004). *HIV Prevention among Sex Workers in India*. *JAIDS*. 36(3):845-852.

Beck EJ y Mays N (2006). *Some Lessons Learned*. En: Beck EJ, Mays N, Whiteside A y Zugina J (Eds.). *The HIV Pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

Coyle S, Boruch R and Turner C (Eds.) (1991). *Evaluating AIDS Prevention Programmes*. Washington DC, National Academy Press.

FHI (2000). *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV*. Bangkok, FHI.

Gibney L, DiClemente R y Vermund S (Eds.) (1999). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioral Approaches*. Nueva York, Kluwer/Plenum Publishers.

Global AIDS Programme. (2003). *Monitoring and Evaluation Capacity Building for Programme Improvement Field Guide, Versión 1*. Atlanta, GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. uu.

Lamptey P y Gayle H (Eds.) (2001). *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programmes*. Arlington, VA, FHI.

Rehle T, Saidel T, Mills S y Magnani R (Eds.). (2001). *Evaluating Programmes for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries*, Arlington, VA, FHI.

Rugg D, Peersman G y Carael M (Eds.). (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. *New Directions for Evaluation*, 103. Wiley Periodicals, Inc.

ONUSIDA y OMS (2000). *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Ginebra, Grupo de Trabajo sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y de las ITS: 48.

Fundación W.K. Kellogg (1998). *Evaluation Handbook*. Battle Creek, MI, Fundación W.K. Kellogg.

Seguimiento de los resultados del programa y de los indicadores del impacto: el papel de las encuestas y la vigilancia

¿A qué preguntas responde el seguimiento de los resultados del programa y de los impactos?

Los resultados del programa y los indicadores del impacto son medidas del efecto buscado de un programa sobre la población a la que van dirigidas las intervenciones. Un componente importante de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo es inducir a las personas a que adopten prácticas para evitar o reducir el riesgo de contraer el VIH, y medir el cambio en este campo es fundamental para la tarea de vigilancia y evaluación de estos programas. El cambio comportamental que reduce la exposición de una población a la infección por el VIH puede manifestarse en la menor cantidad de parejas sexuales de alto riesgo, el uso de preservativos en los encuentros sexuales de alto riesgo, la reducción del uso de drogas inyectables o la adopción de prácticas de inyección más seguras. Hacer un seguimiento de los cambios con el paso del tiempo en las prácticas sexuales y de inyección de drogas ofrecer indicios sobre el éxito de un conjunto de actividades orientadas a promover comportamientos más seguros y reducir la propagación del VIH en las poblaciones de mayor riesgo.

Los programas de prevención del VIH a menudo dedican grandes esfuerzos a los programas de comunicación del cambio de comportamiento, que apuntan a suministrar información sobre cómo puede evitarse el VIH y a disipar concepciones erróneas respecto de la enfermedad y de la forma en que se transmite. La vigilancia de los niveles de conocimiento en las poblaciones de mayor riesgo puede resultar útil, en particular en aquellas poblaciones en las que aún no se ha difundido el conocimiento sobre cómo se transmite el VIH y sobre las maneras de prevenirlo, o en las que aún existen ideas erróneas.

En última instancia, los programas intentan disminuir el número de nuevas infecciones por el VIH. La prevalencia del VIH en las poblaciones de mayor riesgo —una medida indirecta del impacto del programa— es importante para medir el éxito de los programas cuya finalidad es reducir la propagación del VIH en estas poblaciones. Si bien es un indicador recomendado, la prevalencia del VIH presenta varias limitaciones. Es una medida que puede cambiar lentamente cuando la epidemia está en una fase avanzada y, por ende, podría reflejar sólo cambios en la incidencia (nuevas infecciones) después de un período de cinco años o más. (Por el contrario, en una epidemia relativamente nueva y de crecimiento rápido, la incidencia se traduce casi de inmediato en prevalencia). Además, la prevalencia del VIH pierde algo de utilidad como medida del impacto de los programas de prevención cuando la terapia antirretrovírica está al alcance de todos (el número de PVV aumenta, lo cual puede enmascarar los cambios en el número de infecciones nuevas). Pese a estas limitaciones, ante la falta de medidas de la incidencia, la prevalencia del VIH continúa siendo fundamental para poder hacer el seguimiento y la vigilancia de las tendencias de la epidemia.

¿Cuándo es necesario vigilar los resultados del programa y los indicadores del impacto?

Dado que evalúan el comportamiento de riesgo y el conocimiento y para brindan información sobre el nivel de infección por el VIH en poblaciones de mayor riesgo, tanto las encuestas comportamentales como la vigilancia epidemiológica son componentes importantes del análisis situacional y la identificación de problemas. La información que de ellas se obtiene debe usarse para configurar, en todos los niveles, la respuesta nacional y el diseño del programa y, por ello, son actividades fundamentales que deben llevarse a cabo antes de diseñar programas y asignar recursos. Si esta información se recopila antes de ejecutar los programas, puede servir también como referencia para las actividades de V+E.

Una vez que los programas están en ejecución, se recomienda llevar a cabo encuestas comportamentales periódicas, en particular cuando se instituyen programas de prevención sólidos. La frecuencia de estas encuestas dependerá de la magnitud del cambio de comportamiento que se prevé en las poblaciones que se están vigilando, de la disponibilidad de recursos y de la predisposición a utilizar la información generada para mejorar los esfuerzos de prevención. Lo ideal es que se lleven a cabo cada uno o dos años.

La frecuencia de las actividades de vigilancia dependerá de los recursos y de los métodos empleados. Por lo general, la vigilancia centinela del VIH se realiza anualmente, mientras que la vigilancia que forma parte de un sistema integral de vigilancia biológica y comportamental puede llevarse a cabo con menor frecuencia, quizá cada uno a dos años.

¿Quiénes deben hacer la vigilancia de los resultados y de los indicadores de impacto?

La vigilancia comportamental y epidemiológica puede estar a cargo de la dirección del programa nacional de lucha contra el sida o de un centro nacional de vigilancia epidemiológica. En algunos países con epidemias concentradas, la vigilancia puede estar a cargo de ONG u otras organizaciones de la sociedad civil, sin que sea necesaria la coordinación de los gobiernos nacionales o subnacionales. Dado que las ONG suelen llevar adelante programas para las poblaciones de mayor riesgo, estas organizaciones tienen mucho que aportar a la planificación de estas actividades. También es probable que las ONG quieran utilizar los datos generados para mejorar sus propios servicios de prevención y, por lo tanto, es muy posible que tengan ideas útiles respecto de qué preguntas son adecuadas para una encuesta. Por otro lado, es probable que tengan un mayor acceso a comunidades que, de otro modo, serían difíciles de contactar.

Es muy frecuente que exista cierta tensión entre los funcionarios locales y nacionales en relación con la recopilación de datos comportamentales o biológicos y con la escala en la que esos datos pueden aplicarse. Los funcionarios nacionales que deben rendir cuentas al poder legislativo, por ejemplo, quizá prefieran citar la tasa de prevalencia nacional del VIH. Para ello, estos funcionarios pueden planificar encuestas nacionales diseñadas para estimar una tasa nacional, con pequeñas muestras provenientes de cada localidad agrupadas para formar una muestra con el tamaño suficiente sólo para estimar cifras a nivel nacional.

Los funcionarios locales, por el contrario, están más interesados en la tasa que refleja su provincia, donde son responsables de ejecutar los programas de prevención. En los casos en que la epidemia es concentrada, casi siempre las necesidades de información de los funcionarios locales son más importantes que las necesidades a nivel nacional. Resulta conveniente analizar el nivel administrativo en el que los programas normalmente se planifican y ejecutan y luego recopilar los datos en ese mismo nivel.

¿Qué métodos se utilizan para la vigilancia comportamental y epidemiológica?

Cuando se evalúa la efectividad de una intervención, puede ser suficiente realizar encuestas de la población que utiliza los servicios en cuestión. Sin embargo, si se busca comprender los cambios en el conocimiento, el comportamiento y el estado del VIH en las poblaciones objetivo de programas de prevención del VIH, las encuestas deben incluir, además, a personas a las que teóricamente también va dirigida la intervención pero que no utilizan el servicio. En esta sección analizaremos algunos de los métodos utilizados en la vigilancia de los indicadores del conocimiento, el comportamiento y la prevalencia del VIH en estas poblaciones.

Las encuestas se utilizan para evaluar las percepciones, los comportamientos, el conocimiento, las actitudes y, cada vez más, el estado de la infección en las poblaciones de mayor riesgo. Las encuestas adecuadas emplean instrumentos bien probados y validados que se administran a poblaciones representativas de interés. Puede elegirse una muestra que represente diferentes subpoblaciones dentro de una población de mayor riesgo. Una muestra obtenida en bares, clubes o zonas de citas en los que los varones buscan parejas varones, por ejemplo, sólo será representativa de aquellos varones que van a estos lugares y a otros similares. Una representación tan limitada como ésta es aceptable si se entiende y si las conclusiones se limitan a la población representada. Con el objeto de garantizar algún nivel de coherencia y la posibilidad de vigilar las tendencias, el diseño y el instrumento de muestreo utilizados con una determinada población deberán usarse como base para todas las encuestas futuras que evalúen información similar.

Métodos de muestreo para encuestar a las poblaciones de mayor riesgo

Las encuestas por hogares no son apropiadas para hacer el seguimiento de comportamientos de riesgo que no son prevalentes en la población general pero que pueden contribuir desproporcionadamente a la propagación del VIH, como el uso de drogas inyectables, las relaciones sexuales entre hombres o el comercio sexual. Para obtener datos de personas que adoptan estos comportamientos de alto riesgo, deben llevarse a cabo encuestas especiales en estas poblaciones. Las encuestas por hogares no establecen contacto con las personas que se mueven de un sitio a otro y tienden a pasar períodos prolongados lejos de su casa, como es el caso de los militares, los trabajadores migratorios, los camioneros de larga distancia o los viajeros frecuentes. Estas poblaciones pueden estar en mayor riesgo de infectarse con el VIH, generalmente porque son clientes de profesionales del sexo o porque tienen varias parejas sexuales. Con frecuencia nos referimos a ellos como “grupos puente”, puesto que pueden transmitir el VIH a sus mujeres o novias, miembros de la población general que no adoptan comportamientos de alto riesgo. Pese a las limitaciones ya mencionadas para llegar a estas poblaciones, las encuestas por hogares son útiles para obtener información sobre comportamientos más comunes y menos estigmatizados, como el de los hombres que tienen relaciones sexuales con profesionales del sexo. A continuación se presenta un breve análisis de los métodos de muestreo para poblaciones ocultas y difíciles de contactar. Para un análisis más completo, véanse las directrices sobre encuestas de vigilancia comportamental, de FHI.

Métodos por lugar de reunión

Sinopsis: Este método se utiliza para estimar el comportamiento de riesgo y otras características de los grupos (por ejemplo, CDI, PFS, HSH) que concurren a lugares como bares, prostíbulos, áreas de citas, paradas de camiones y lugares en los que se encuentran los CDI.

Características principales: Se levantan mapas de todos los lugares conocidos frecuentados por los grupos de riesgo, y se registran los horarios en que operan. Existen varias técnicas de evaluación rápida que ayudan a trazar el mapa y a encontrar las poblaciones ocultas, por ejemplo, la Técnica Internacional de Evaluación y Respuesta Rápidas (I-RARE, por sus siglas en inglés). El levantamiento de mapas ofrece un marco de muestreo en relación con el tiempo y la ubicación, en el que los lugares que permanecen abiertos por más tiempo tienen mayor probabilidad de formar parte de la muestra. De la lista se toma una muestra aleatoria, y la probabilidad de que un lugar se incorpore a la muestra es proporcional al tiempo que permanece abierto. Luego, los lugares se visitan durante el segmento de tiempo seleccionado y se realizan las entrevistas.

Supuestos: El supuesto en este caso es que se han levantado mapas de todos los lugares frecuentados por miembros de un grupo de riesgo en particular y que en un lugar pueden identificarse y reclutarse miembros de un grupo de riesgo. Estos métodos pueden demandar mucho tiempo y trabajo, y tienden a encontrar sólo a aquellos miembros visibles de una población. Por ejemplo, los CDI o los hombres no identificados como homosexuales, normalmente evitan los lugares públicos de reunión que pudieran identificarlos como miembros del grupo.

Métodos por red

Sinopsis: Estos métodos estiman las características de los miembros de un grupo de riesgo que pertenecen a las mismas redes.

Características principales: Los miembros del grupo de riesgo se identifican a través de métodos como el muestreo de bola de nieve, el recorrido aleatorio, la referencia en cadena o el muestreo dirigido por entrevistados (MDE). En los métodos de muestreo de bola de nieve, de recorrido aleatorio y de muestreo de referencia en cadena, informantes dentro de la población de alto riesgo identifican a otros miembros de su grupo para el muestreo. Luego, estos individuos identifican a otros y así se crea una cadena de informantes. Estos tres son, básicamente, métodos de muestreo de conveniencia, y tienen sesgos asociados con la necesidad de los investigadores de encontrar a los miembros referidos del grupo. El MDE toma el muestreo de bola de nieve y lo combina con un modelo estadístico que asigna ponderaciones para crear, en teoría, una muestra de probabilidades.

Supuestos: Todos los métodos de red suponen que los informantes serán representativos de la población objetivo, pero las personas entrevistadas podrían ser, de hecho, una muestra sesgada. El MDE tiene características que ayudan a superar algunas de las limitaciones de los métodos de conveniencia al crear una muestra representativa. Otros supuestos que se hacen al emplear el MDE son: que todos los miembros del grupo de riesgo se conectan con el grupo mediante al menos un vínculo social recíproco; que todas las personas irán a la oficina para una entrevista; y que las personas no simularán ser miembros del grupo de riesgo para recibir un incentivo.

Métodos por institución

Sinopsis: Estos métodos estiman las características de un grupo identificado a través de instituciones.

Características principales: Los miembros del grupo de riesgo se identifican en ámbitos institucionales como dispensarios de tratamiento de ITS y TB, programas de intercambio de agujas, prisiones y centros de distribución de metadona.

Supuestos: Es probable que las poblaciones sólo representen a aquellos miembros del grupo que demandan servicios o que han tenido la mala suerte de que los capturaran, en el caso de los reclusos. No obstante, puede encontrarse un gran número de miembros del grupo y puede aprenderse mucho sobre los programas que no están basados en estas instituciones. Este tipo de muestras, que por su naturaleza son muestras de conveniencia, pueden ajustarse comparándolas con una muestra más completa en una encuesta ad hoc, siempre y cuando la muestra por institución se haya obtenido de manera sistemática en una población estable.

Métodos de serovigilancia en las poblaciones de mayor riesgo

La serovigilancia constituye la base para medir el impacto (o efecto global) de todos los programas dirigidos a reducir la propagación del VIH en una población. La mezcla de poblaciones incluidas en un sistema de vigilancia depende, en general, de la etapa de la epidemia y de las poblaciones en situación de mayor riesgo de contraer el VIH. Allí donde el VIH se concentra en poblaciones que adoptan comportamientos de mayor riesgo, debería darse prioridad a estas poblaciones para la inclusión en el sistema de vigilancia. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la prevalencia del VIH como medida del impacto de un programa tiene limitaciones. A menos que haya una tendencia estable de la población con VIH en el tiempo, no es posible hacer estimaciones de la incidencia a partir de los datos de prevalencia; por otro lado, obtener poblaciones estables es muy difícil cuando se trata de las poblaciones de mayor riesgo. Si la prevalencia del VIH ha de considerarse una medida válida del impacto del programa, será necesario perfeccionar los sistemas actuales de vigilancia.

Para entender mejor las tendencias en la prevalencia del VIH, el ONUSIDA y sus asociados impulsan una vigilancia de segunda generación en la que los datos sobre el comportamiento se integran en los sistemas de serovigilancia (véase ONUSIDA 2000). Los sistemas de vigilancia de segunda generación también se centran más puntualmente en aquellos segmentos de la población donde ocurren nuevas infecciones, por ejemplo, las poblaciones de mayor riesgo analizadas en esta guía. Los datos biológicos y comportamentales pueden recopilarse en la misma población pero a través de ejercicios separados de recopilación o pueden combinarse en una única actividad de recopilación de datos. A continuación se resumen los dos enfoques principales para la vigilancia de la prevalencia del VIH en las poblaciones de mayor riesgo:

Sistemas de vigilancia centinela del VIH

Sinopsis: Las poblaciones en situación de riesgo de contraer el VIH son sometidas a pruebas del VIH en forma regular, por lo general, una vez al año.

Características principales: Las pruebas se realizan en poblaciones como, por ejemplo, personas atendidas en dispensarios de tratamiento de ITS, PFS, conscriptos, embarazadas, etc. Entre las poblaciones de los dispensarios médicos, las pruebas pueden hacerse de manera anónima, no vinculada, en que las muestras de sangre remanentes de las pruebas de rutina (p. ej., sífilis) se analizan en busca de anticuerpos al VIH una vez eliminada toda la información que las identificaba. Las poblaciones de miembros de grupos de riesgo identificables no incluidas en dispensarios (p. ej., CDI) deben encuestarse empleando métodos de muestreo probabilístico. En teoría, las encuestas comportamentales se basarían en estas mismas poblaciones pero no necesariamente incluirían a los mismos individuos. Las pruebas anónimas no vinculadas sólo se realizan en dispensarios en los que se ofrece asesoramiento y pruebas de VIH (AP) de inmediato, preferentemente en el mismo dispensario o en alguno cercano. Este no es el caso cuando los datos de prevalencia del VIH se necesitan para promover el aumento de disponibilidad de AP en la zona. Las pruebas anónimas no vinculadas continúan siendo un instrumento importante para la medición de la prevalencia del VIH dado que constituyen el único medio adecuado para acumular datos no sesgados para las estimaciones de la

prevalencia. La mayoría de los otros métodos disponibles están sujetos a la negativa de los participantes, lo cual, en zonas con altos niveles de estigma, puede generar datos inutilizables debido a las elevadas tasas de rechazo.

Supuestos: Se supone que en cada momento del tiempo se encuestará a las mismas poblaciones. La mayoría de los sistemas de vigilancia centinela del VIH recopilan información y, por lo general, incluyen edad, sexo y grupo de riesgo, según lo definido por el lugar en que se realizó la entrevista, y poco más. Con frecuencia, esta información no es suficiente para evaluar el éxito o el fracaso de un programa.

Sistemas integrados de vigilancia biológica y comportamental (EBCI)

Sinopsis: Se trata de encuestas comportamentales que incluyen también pruebas del VIH.

Características principales: Las muestras biológicas y la información sobre el comportamiento se recogen en forma concurrente. En estas encuestas se emplean los métodos de muestreo expuestos anteriormente. En forma parecida a lo que sucede con la vigilancia centinela, las EBCI deben realizarse periódicamente, con métodos similares, en poblaciones similares. (Véase FHI, 2000).

Supuestos: Aquí se supone que la inclusión de las pruebas del VIH no genera la negativa a participar por parte de los encuestados. No obstante, deberá hacerse un seguimiento de la no respuesta al cuestionario de la encuesta y a la prueba del VIH para evaluar si se está introduciendo algún sesgo. Las encuestas integradas son más complejas que las comportamentales, pero tienen la ventaja de que su costo es inferior al de dos encuestas por separado y ofrecen la posibilidad de analizar comportamientos y tasas de infección al mismo tiempo y con mayor facilidad.

Cuanto mayor es la validez de los datos de vigilancia, mejor fundamentada será la toma de decisiones para la asignación de recursos. Para asegurar la máxima utilidad de estos datos, resulta aconsejable evaluar los sistemas de vigilancia después de cada ronda, de manera tal que puedan estudiarse las enseñanzas adquiridas, los déficits de datos y los obstáculos encontrados y, así, puedan introducirse en el sistema las modificaciones necesarias.

Indicadores recomendados de resultados e impacto

Una vez identificadas y definidas las poblaciones de mayor riesgo más pertinentes, pueden identificarse los indicadores para esas poblaciones. Estos indicadores deberán representar a aquellos comportamientos que se considera que más influyen en la transmisión del VIH y que se espera que cambien como resultado de los programas de prevención. En las epidemias de bajo nivel y concentradas, el foco está puesto en las asociaciones de alto riesgo como las relaciones sexuales con profesionales del sexo, las prácticas sexuales sin protección con CDI, el coito anal sin protección entre HSH y el uso de equipos de inyección no estériles. Además de los indicadores de comportamiento, también puede resultar útil hacer un seguimiento de los niveles de conocimiento que tienen estas poblaciones sobre la prevención del VIH. Los indicadores que se presentan a continuación han sido tomados del UNGASS. En el Apéndice se incluyen descripciones detalladas de estos indicadores, que representan el conjunto mínimo de indicadores para los programas dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Los programas tienen la posibilidad de hacer el seguimiento de otros indicadores de resultado y, de hecho, es aconsejable que lo hagan.

Algunos programas también pueden optar por hacer un seguimiento de la prevalencia de ITS como indicadora del impacto, en especial en el caso de varones de alto riesgo con probabilidades de ser clientes de profesionales del sexo. Cuando los programas de prevención del VIH intentan ampliar el acceso a los servicios de tratamiento de ITS y mejorar la calidad de ellos (p. ej., para PFS y

HSH), puede resultar difícil interpretar los niveles cambiantes de la prevalencia de ITS dado que un aumento en estos niveles puede reflejar un mayor uso de los servicios o un mejor diagnóstico en vez de un aumento en los comportamientos de riesgo. Sin embargo, en las poblaciones en las que el acceso a los servicios de tratamiento de las ITS se mantiene relativamente constante, la prevalencia de ITS puede funcionar como un sustituto útil del comportamiento sexual de riesgo y como una señal de alerta temprana de una creciente incidencia del VIH.

Indicadores de resultados e impacto establecidos por el UNGASS 2007*

Resultado: Conocimiento

- Porcentaje de [poblaciones de mayor riesgo] que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH.

Resultado: Comportamiento

- Porcentaje de profesionales femeninas y masculinos del sexo que informan haber usado preservativo con su último cliente.
- Porcentaje de hombres que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con otro hombre.
- Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.
- Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.

Impacto

- Porcentaje de [poblaciones de mayor riesgo] infectadas por el VIH.

* Consulte el sitio web del ONUSIDA (www.UNAIDS.org) para obtener actualizaciones de esta lista de indicadores del UNGASS correspondientes a las poblaciones de mayor riesgo.

Cómo elegir los métodos más adecuados

La elección de los métodos de muestreo más adecuados para las encuestas en poblaciones de mayor riesgo dependerá de las características de la población: si es visible u oculta, si sus miembros se congregan en sitios que pueden identificarse, qué tan cercanas son sus redes sociales y qué tan dispersas están geográficamente. Además, también debe tenerse en cuenta la forma en que se utilizarán los datos de la encuesta y la disponibilidad de recursos.

¿Cuáles son los desafíos específicos relacionados con las poblaciones de mayor riesgo?

Cómo hacer un muestreo de las poblaciones con las que es difícil entrar en contacto, como PFS, CDI y HSH y, en particular, las poblaciones móviles y migratorias, es uno de los principales desafíos para quienes intervienen en encuestas comportamentales y actividades de vigilancia. Si bien puede ser complicado realizar el muestreo aleatorio con estos "objetivos móviles", deben emplearse métodos

sólidos y sistemáticos que puedan aplicarse eficazmente en muchos ámbitos. Estos métodos, si se usan en forma congruente en una y otra ronda, aumentan la probabilidad de obtener estimaciones fiables de indicadores dentro de estas poblaciones.

En algunas comunidades, el incentivo económico pueda aumentar la participación en estudios, sin embargo, deben evitarse terminantemente los incentivos monetarios considerables, dado que pueden resultar coercitivos. Los incentivos monetarios también plantean otros desafíos. Dado que la cantidad de estudios que ofrecen incentivos económicos en una comunidad es cada vez mayor, es posible que se exijan remuneraciones más elevadas para participar en el estudio. Además, es posible que quienes participan en un estudio participen también en otros. Esto puede hacer que los hallazgos de un estudio se contaminen con los de otro.

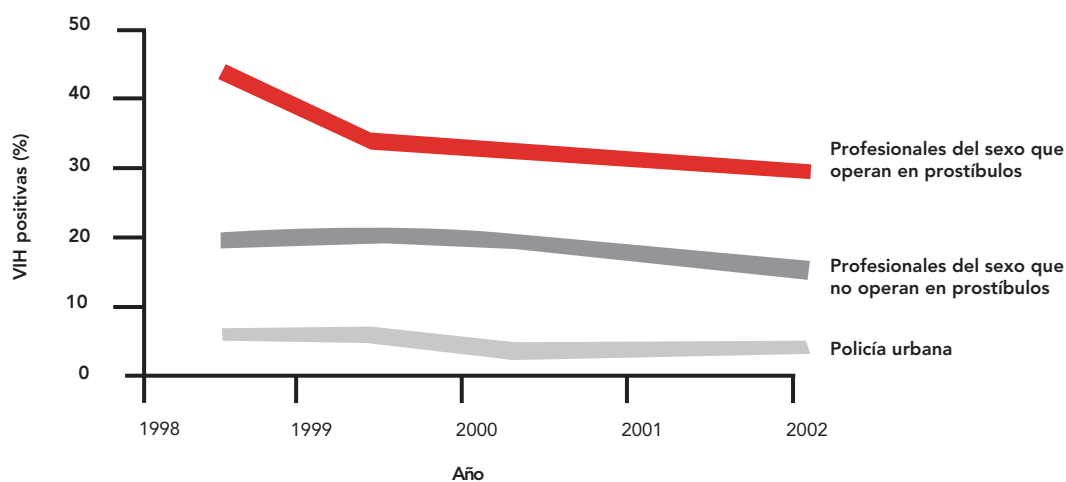
Como sucede con todos los demás ejercicios de recopilación de datos en poblaciones de mayor riesgo, deben cumplirse las prácticas éticas de investigación, incluido el respeto por la privacidad, la confidencialidad, el anonimato y el principio de “no perjudicar”. Cuando se recopilan datos de adolescentes en mayor riesgo que no alcanzan la mayoría de edad legal, debe prestarse especial atención a cuestiones éticas nacionales y mundiales (véase *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council, 2005).

Cualquiera sea el método elegido para vigilar indicadores en las poblaciones de mayor riesgo, los instrumentos deberán estandarizarse tanto por población como por geografía. Los pasos para evaluar la pertenencia al grupo de todos los encuestados deben ser uniformes en todas las encuestas, en especial cuando se ofrecen incentivos a los participantes. Los encuestadores deben estar bien capacitados, ser comprensivos y no prejuiciosos. Los miembros de la población con frecuencia resultan los mejores encuestadores, aunque en las áreas geográficas más pequeñas deberá elegirse a los entrevistadores entre personas ajenas a la comunidad para garantizar la confidencialidad. También es posible que la situación sea peligrosa para los mismos miembros de las poblaciones en riesgo y que existan conflictos éticos en relación con su empleo. Esto puede observarse, por ejemplo, al contratar a ex CDI y pedirles que vuelvan a las calles, donde encontrarán drogas a su alcance y donde vivirán situaciones que quizá ya hayan sido desencadenantes de una recaída. Además, en ciertos ámbitos existe un verdadero peligro para la vida y el bienestar del personal de investigación que recopila información sobre comportamientos ilegales. Para tratar de obtener medidas de los resultados y del impacto sin exponer al personal a través de la interacción y la observación directas, pueden utilizarse —de hecho, se han utilizado— diversas medidas innovadoras y discretas (véase Des Jarlais et al., y otros).

¿De qué manera pueden utilizarse los resultados de la vigilancia biológica y comportamental?

Los datos de la vigilancia son útiles como parte de la identificación del problema y proporcionan información esencial para configurar la respuesta nacional y subnacional. También indican si los esfuerzos colectivos se ejecutan a una escala suficientemente amplia para generar un impacto en la epidemia y pueden indicar el éxito de un conjunto de intervenciones orientadas a la prevención del VIH (véase Figura 14). Sin embargo, a fin de evaluar y corroborar el vínculo entre las intervenciones del programa y los resultados, es necesario realizar análisis integrados. El análisis integrado de datos biológicos y comportamentales se utiliza en ambos extremos del marco del método de preguntas sobre salud pública presentado en el Capítulo 1. El análisis integrado de datos comportamentales y epidemiológicos y de su combinación con datos a nivel de programas para la evaluación se analizan en detalle en el capítulo siguiente.

Figura 13. Uso de las estimaciones de la prevalencia del VIH en profesionales femeninas del sexo y en varones con probabilidad de ser sus clientes para hacer el seguimiento de las tendencias de la epidemia en estas poblaciones de mayor riesgo.



Fuente: Unidad de Vigilancia de Camboya, Centro Nacional de VIH/Sida, Dermatología y ETS.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Des Jarlis D, Dehne KL y Casabona J (2001). *HIV surveillance among injecting drug users*. AIDS 15 (suppl 3): S13-22.

FHI (1998). Meeting the behavioral needs of national HIV/AIDS and STD programmes. A joint impact/FHI/UNAIDS workshop: Report and Conclusions. Research Triangle Park, NC, FHI.

FHI (2000). Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Bangkok, FHI.

Heckathorn D (sin fecha). "What is respondent driven sampling?" Recuperado el 2 de diciembre de 2006 de <http://www.respondentdrivensampling.org>

MacLachlan EW, Baganizi E, Bougoudogo F, et al. (2002). The feasibility of integrated STI prevalence and behavioral surveys in developing countries. *Sexually Transmitted Infections* 2002; 78:187-189.

Magnani R et al. (2005). *Review of sampling hard to reach and hidden populations for HIV surveillance*, AIDS 2005, 19 (suppl 2):S67-S72.

Pervilhac C, Stover J, Pisani E, et al. *Using surveillance data: recent experiences and avenues for the future*. AIDS 2005, 19 (suppl. 2): S53-S58.

ONUSIDA y OMS (2000). Guidelines for second generation HIV surveillance. Ginebra, Grupo de Trabajo sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y de las ITS: 48.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (2001). *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems*. MMWR 2001;50(RR-13): 1-35. Atlanta, GA, CDC.

Determinación de la efectividad colectiva: uso de triangulación y análisis integrados

¿A qué preguntas responden la triangulación y el análisis integrado?

El objetivo de la triangulación es aumentar la validez y la fiabilidad de la evaluación de programas mediante el uso y el análisis de datos procedentes de múltiples fuentes, generalmente obtenidos con métodos diferentes. De esta manera, los hallazgos pueden confirmarse y los puntos fuertes de cualquier método o fuente de datos pueden compensar las debilidades (o sesgos) de otro cuando se evalúa la efectividad de programas, ya sea en forma individual o colectiva. En relación con el marco organizativo para la V+E (véase Capítulo 1, Figura 2), la triangulación puede utilizarse para responder a las siguientes preguntas sobre la efectividad de los resultados y del impacto:

- ¿Funcionan las intervenciones? ¿Marcan una diferencia?
- ¿Qué cambios se observaron en los indicadores de resultados y del impacto a nivel de la población y qué significan esos cambios?
- ¿Pueden los cambios observados en los indicadores de resultados y del impacto atribuirse a los productos del programa? ¿Se están realizando los esfuerzos colectivos a una escala suficientemente grande para que generen un impacto en el curso de la epidemia?

En la mayoría de los contextos en los que se aplican intervenciones programáticas de rutina sobre VIH, los datos se obtienen de diversas fuentes. Como se describió en el marco organizativo, en la introducción, un método integral de V+E incluye un proceso secuencial y cíclico en el que se utilizan diferentes métodos para responder a diferentes preguntas.

- Los estudios observacionales cualitativos y cuantitativos, ya sean de diseño transversal o transversal consecutivo, responden a preguntas como “¿existe un problema en particular?” y si es así, “¿qué magnitud tiene?” y “¿a quiénes afecta?”.
- Los estudios analíticos, ya sean de casos y testigos o de cohortes, responden a preguntas como “¿cuál es la causa del problema identificado?”.
- Los estudios experimentales responden a la pregunta “¿existe una intervención?” y, si es así, “¿es eficaz esa intervención?”.
- Así, la vigilancia de productos, resultados e impacto y la evaluación de resultados apuntan principalmente a evaluar la ejecución, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad a través del tiempo de intervenciones y programas específicos.

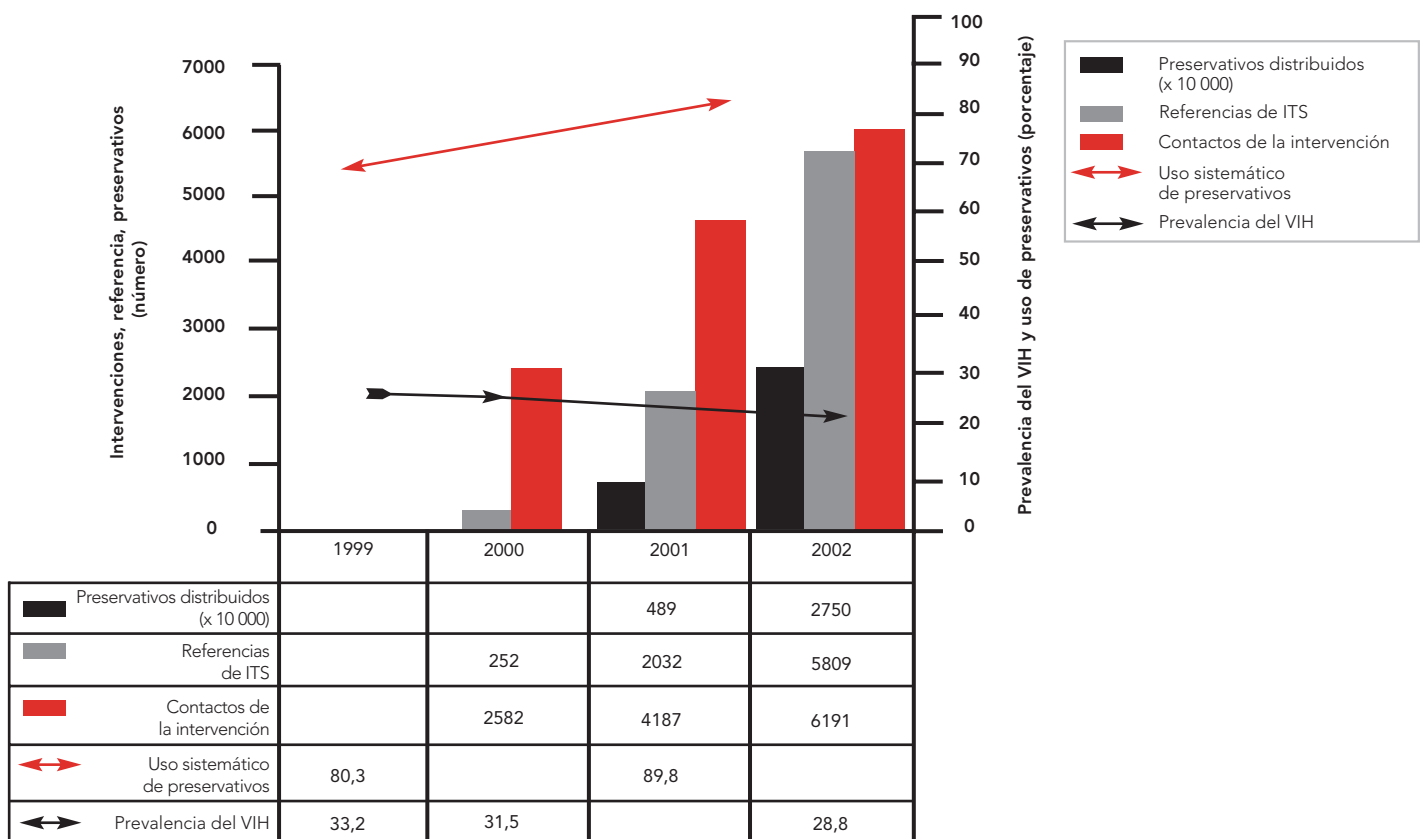
Si bien cada uno de los métodos de recopilación de datos tiene, por sí mismo, limitaciones, utilizarlos de manera que se combinen y complementen ayuda a superar las limitaciones individuales. Desde esta perspectiva, no existe una única jerarquía de métodos de investigación, y el conocimiento se adquiere a través del uso secuencial de métodos complementarios de investigación (Beck et al, 2006).

El análisis de triangulación es un instrumento especialmente importante en ámbitos programáticos rutinarios. Aquí, la triangulación de datos obtenidos de distintas fuentes permite evaluar y corroborar el vínculo entre las intervenciones y los resultados de interés en la población objetivo. En el proceso de triangulación, la evaluación de resultados (tratada en el Capítulo 7) guarda estrecha relación con la evaluación del proceso (tratada en el Capítulo 5). De hecho, analizar los cambios en los indicadores de resultados y de impacto sin evaluar primero los productos del programa de

prevención puede conducir a conclusiones erróneas sobre la efectividad de una intervención específica o sobre la respuesta colectiva. En la Figura 15 se ilustra la manera en que los datos a nivel del proceso y los datos a nivel de los resultados y del impacto deben evaluarse en forma conjunta para argumentar una posible relación causa-efecto entre la respuesta nacional colectiva en Camboya y el uso en aumento de preservativos y la reducción en la prevalencia del VIH.

Figura 14. Triangulación de datos del proceso sobre venta de preservativos, número de contactos de educación inter pares y referencias de ITS en combinación con datos sobre resultados de comportamiento y prevalencia del VIH obtenidos de la vigilancia.

La prevalencia del VIH entre profesionales del sexo que operan en prostíbulos disminuyó en Camboya y aumentó el uso de preservativos. Durante el mismo período, las intervenciones dirigidas a profesionales del sexo se triplicaron y alcanzaron una amplia cobertura.



Fuente: Encuestas de vigilancia comportamental y biológica, 1999-2001, datos de la vigilancia del proyecto de FHI en Camboya para intervenciones dirigidas a la salud de la mujer. Family Health International, Tailandia.

¿Cuándo es necesario realizar un análisis de triangulación?

El análisis triangulado para la evaluación de la efectividad sólo deberá realizarse en circunstancias específicas. A continuación se enumeran algunos criterios para determinar si tiene sentido llevar a cabo un análisis de triangulación:

- Cuando las intervenciones se han aplicado durante un período suficientemente prolongado como para que sea razonable esperar que los cambios a nivel de la población pueden atribuirse a las intervenciones del programa. En el caso del cambio de comportamiento, este período deberá ser de aproximadamente dos o tres años. En el caso de la prevalencia del VIH, en teoría se necesitan entre cinco y siete años para que los cambios producidos puedan atribuirse a un programa de prevención.
- Cuando intervenciones se han ejecutado con la intensidad y la cobertura suficientes como para que sea razonable esperar que se observen efectos en la población objetivo.
- Cuando los datos de proceso a nivel de programa, entre ellos, productos del programa, estimaciones de la cobertura y calidad de la ejecución del programa, están disponibles, son completos, son de buena calidad y están accesibles para las intervenciones.
- Si resultados de la evaluación del proceso de un programa indican que las actividades programáticas se llevan a cabo según lo planificado. Si no es así, no tiene sentido realizar una evaluación triangulada de la efectividad.

¿Qué métodos se utilizan para realizar análisis triangulados?

Por lo general, las fuentes principales de interés para los análisis triangulados son los datos transversales comportamentales y biológicos sobre los resultados y el impacto. Estas fuentes de datos tienen la ventaja de que pueden generalizarse a las poblaciones a las que va dirigido el programa de prevención, de modo tal que puedan hacerse deducciones a partir de sus resultados. Cuando se los combina con datos a nivel de programa obtenidos de programas dirigidos a la misma población, pueden ayudar a vincular los cambios en las medidas a nivel población con los esfuerzos del programa. Además de estos datos cuantitativos, la incorporación de datos cualitativos a estos análisis puede brindar información contextual y contribuir a la interpretación de los hallazgos.

Fuentes comunes de datos de triangulación para la evaluación de programas

- Encuestas repetidas comportamentales y sobre la prevalencia del VIH y de las ITS
- Productos del proceso de prestación de servicios de programas rutinarios
- Garantía de calidad de los servicios y evaluaciones del mejoramiento de la calidad
- Investigación cualitativa como entrevistas exhaustivas, grupos dirigidos de debate, entrevistas con informantes clave o investigación etnográfica rápida.

Al comienzo del programa (referencia) y después de la intervención es necesario contar, como mínimo, con datos de encuestas transversales obtenidos de encuestas de vigilancia o de encuestas específicas del programa sobre conocimiento, actitud, creencias y prácticas. En la situación ideal, se dispondrá de datos de series temporales en múltiples rondas. Además, los cuestionarios normalizados de las encuestas deberán incluir preguntas sobre la exposición a intervenciones con el fin de evaluar el tipo, el grado y la duración de la exposición a programas de prevención del VIH. Los datos obtenidos de las encuestas sobre la exposición a intervenciones pueden utilizarse para validar los datos a nivel del programa.

La triangulación se utiliza, por lo general, para determinar la efectividad de un programa específico o la efectividad colectiva de múltiples programas. Sin embargo, no generará estimaciones cuantitativas precisas del efecto de un programa, puesto que esto requiere métodos experimentales controlados más rigurosos. Aun así, si no se cuenta con esos métodos, típicos de la programación rutinaria sobre VIH, la triangulación constituye, en la medida de lo posible, un método útil para utilizar los datos disponibles en la evaluación de la efectividad de un programa.

Cómo elegir los métodos más adecuados

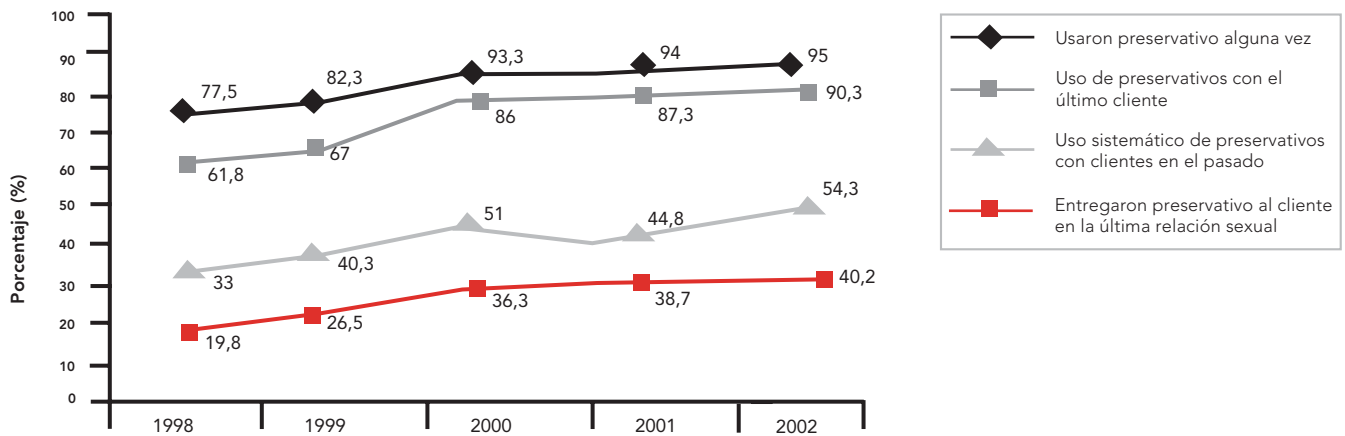
No hay, ni tendría por qué haber, una metodología de triangulación normalizada que pueda aplicarse para el análisis triangulado integrado. Los enfoques metodológicos específicos que se utilizan deben adaptarse al contexto en el que se ejecuta programa y a las fuentes y la calidad de los datos disponibles. No obstante, el siguiente marco analítico general puede servir como guía práctica:

1. Examinar las tendencias temporales en los indicadores comportamentales de la población (véase Figura 17) y las medidas del impacto, como la prevalencia del VIH o de las ITS en el área de influencia del programa. Sin embargo, antes de usar esos datos es importante evaluar si son adecuados, preguntando: ¿Los criterios de inclusión de las encuestas de poblaciones de mayor riesgo se ajustan debidamente a la población objetivo de la intervención? ¿Se cuenta con datos representativos de un tamaño muestral suficiente en las zonas de influencia geográfica de interés?

En general, los datos sobre resultados son más aptos para triangular con los datos a nivel del programa que los datos sobre la prevalencia del VIH (a menudo usados como sustituto de la incidencia del VIH). Los cambios en la prevalencia del VIH pueden reflejar la historia natural de la epidemia o pueden haber sido afectados por otros factores, como la mortalidad y la migración. La interpretación de estos datos representa un desafío cada vez mayor debido a la ampliación de los servicios que brindan tratamiento antirretrovírico, dado que el uso generalizado de este tratamiento prolonga la supervivencia de las personas infectadas por el VIH (además de otros posibles efectos epidemiológicos), lo cual, a su vez, puede elevar la prevalencia del VIH. Hasta puede resultar complejo interpretar las tendencias de los resultados sobre el comportamiento, dado que estos resultados pueden representar cambios sociales espontáneos de fondo, independientes del esfuerzo del programa, o la difusión de información no directamente atribuible a las intervenciones del programa.

2. Analizar las tendencias a través del tiempo de la cobertura y la intensidad del programa durante el periodo del programa (véase Figura 18). Estas tendencias pueden luego compararse con las tendencias de los indicadores del impacto y de los resultados obtenidas a partir de encuestas poblacionales pertinentes. Es preciso destacar que habrá un tiempo entre las primeras y las últimas que deberá tenerse en cuenta al yuxtaponer los datos. No sólo deberán analizarse las fuentes de datos sobre los productos del programa y de las encuestas sino también los datos sobre la calidad de los servicios. Además de la cantidad de productos del proceso, resulta útil evaluar si la calidad de las actividades del programa es la adecuada.

Figura 15. Los indicadores comportamentales del uso de preservativos entre PFS están aumentando sostenidamente con el paso del tiempo, distritos de la carretera de la llanura del Terai, Nepal, 1998-2002

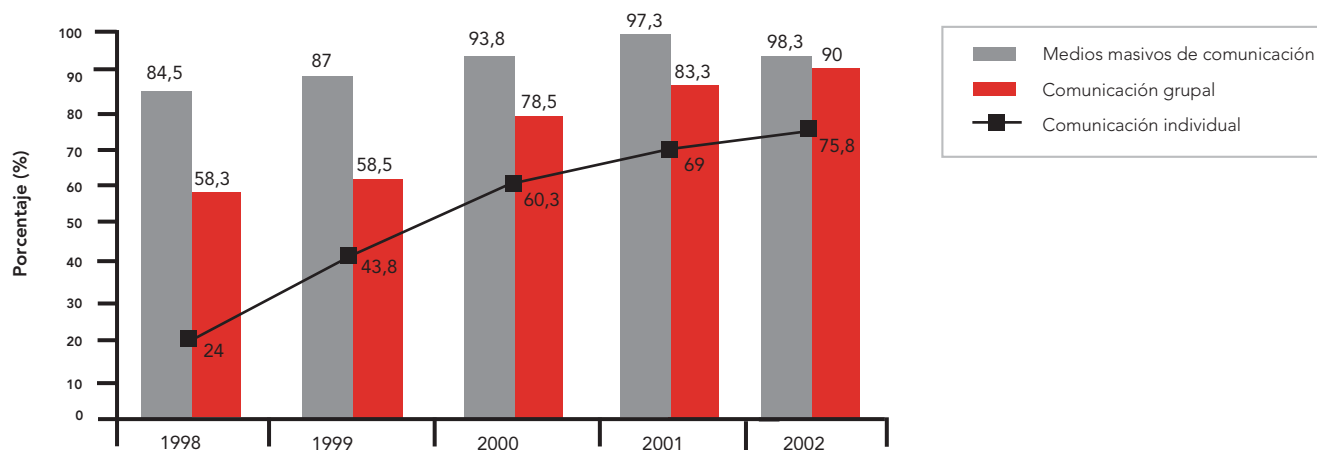


Fuente: New Era y FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

3. Analizar la asociación entre (a) las variables poblacionales del conocimiento, la actitud y el comportamiento, y (b) las variables específicas de "exposición a la intervención" relacionadas con los distintos tipos de exposición al programa (contactos de educación inter pares, divulgación, distribución de preservativos, medios dirigidos, pruebas del VIH, acceso a servicios de atención de ITS, etc.) y la duración e intensidad de esta exposición. ¿Existe una diferencia en cuanto del conocimiento, las actitudes y los comportamientos entre las personas expuestas al programa y las que no? Si hay diferencia, ¿en qué sentido? ¿Reflejan las diferencias la lógica del programa de intervención? La comprobación de las relaciones dosis-respuesta entre el tipo, la intensidad o la duración de la exposición al programa y los indicadores comportamentales es útil para evaluar también la posible atribución al programa (véanse Figuras 19 y 20).

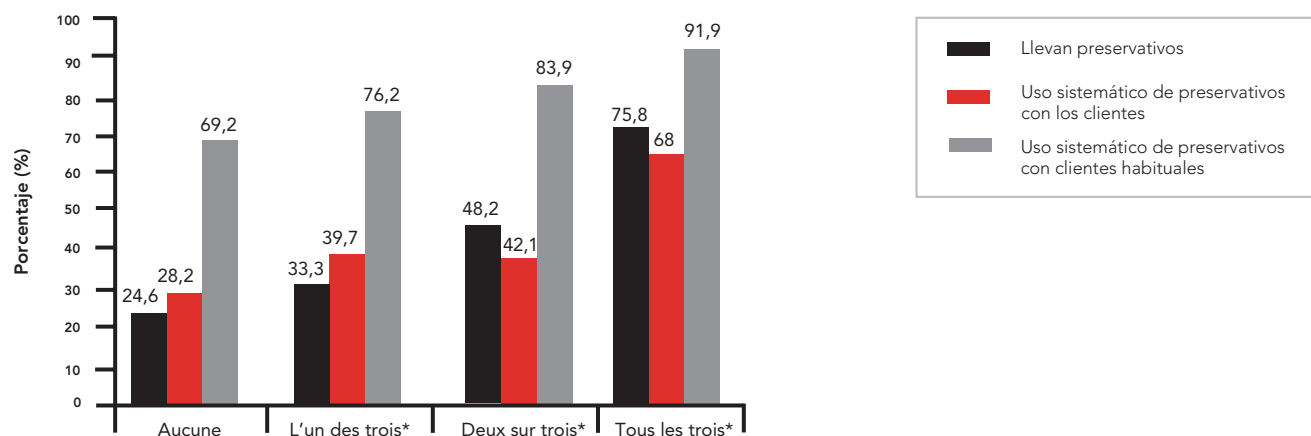
La investigación cualitativa llevada a cabo entre los beneficiarios del programa y los miembros de la población objetivo es realmente útil para poder abordar las lagunas que se producen en la comprensión de las relaciones entre los datos del programa y los datos poblacionales sobre los resultados y el impacto descritos en los pasos 1 a 3. Aporta más detalles y datos contextuales que ayudan a determinar los efectos del programa y las preguntas sobre qué está funcionando y qué no (es decir, los por qué y los cómo).

Figura 16. La exposición a diversos tipos de fuentes de información relacionadas con ONG sobre el VIH entre las PFS es elevada y aumenta con el tiempo, distritos de la carretera de la llanura del Terai, Nepal, 1998-2002.



Fuente: *New Era* y *FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.*

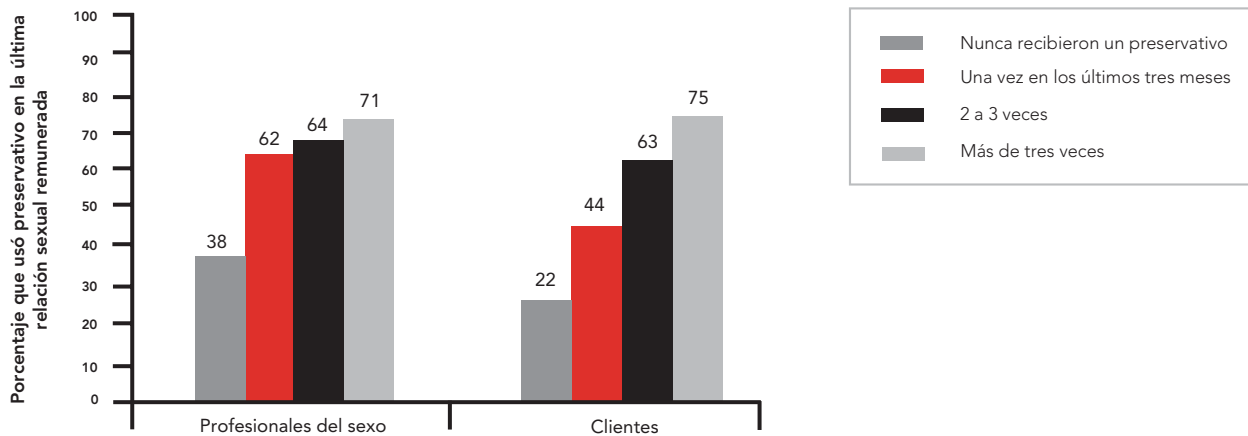
Figura 17. La mayor exposición a múltiples actividades relacionadas con las ONG entre PFS está asociada con el uso más frecuente de preservativos, distritos de la carretera de la llanura del Terai, Nepal 2002.



*1) Recibieron preservativos, 2) recibieron folletos/materiales, 3) recibieron información sobre el VIH del Grupo Interorganismos de Coordinación Farmacéutica

Fuente: *New Era* y *FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.*

Figura 18. Existe una estrecha relación dosis-respuesta que sugiere que el contacto más "intenso" generará un efecto aún mayor en el uso de preservativos, en especial para los clientes varones, Manado, Indonesia



Fuente: Dirección General de Control de Enfermedades Transmisibles y Salud Ambiental, Ministerio de Salud y Oficina Central de Estadística, Encuestas de Vigilancia Comportamental, 2003.

¿Quiénes deben realizar el análisis de triangulación?

Dada la variedad de métodos y de fuentes de datos empleados en un análisis de triangulación, se recomienda utilizar un enfoque participativo de equipo. Uno de los puntos fuertes de la triangulación es que, con el objeto de minimizar el sesgo asociado con los conocimientos técnicos y la experiencia de un investigador en particular, deben participar múltiples investigadores. Los investigadores con sólidos antecedentes en enfoques cuantitativos y cualitativos deberán evaluar la disponibilidad y la calidad de los datos, y también los métodos y enfoques que se utilicen para integrarlos y sintetizarlos. Los administradores de programas, las partes interesadas pertinentes y los representantes de las poblaciones de mayor riesgo deben participar en la formulación y la definición de las preguntas que deberán responderse y del alcance de la evaluación de la efectividad, de manera tal que los hallazgos adquieran la máxima validez. A fin de minimizar cualquier sesgo asociado con enmarcar los resultados de un modo "deseable", también se recomienda que los investigadores principales no participen directamente en el diseño o la ejecución del programa. Si bien esto no siempre es posible, sí ayuda a mantener la objetividad.

¿Cuáles son los desafíos relacionados con las poblaciones de mayor riesgo?

Es fundamental que los miembros de las poblaciones de mayor riesgo participen en el proceso de evaluación para garantizar que las correspondientes comunidades reciban las novedades sobre los hallazgos y sobre cuáles comportamientos han cambiado y cuáles no. Además, es necesario que participen para garantizar que los resultados no repercutirán en forma negativa sobre las poblaciones a las que van dirigidas las intervenciones. Por el contrario, los resultados deberán usarse en forma constructiva como punto de referencia para el diseño y la ejecución de intervenciones futuras dirigidas a estas poblaciones. A nivel colectivo, la determinación de la efectividad de la respuesta nacional a la epidemia es crucial para las políticas y la divulgación, la planificación de programas y las actividades de V+E.

Bibliografía y referencias para lectura complementaria

Beck EJ y Mays N (2006). *Some Lessons Learned*. En: Beck EJ Mays N, Whiteside A y Zugina J (Eds.). *The HIV pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

FHI (2003). *Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care in developing countries*. Research Triangle Park, NC, FHI.

Greene JC y Caracelli VJ (Eds.) (1997). *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. *New Directions for Evaluation*, No. 74, 1997.

Patton MQ (Ed.) (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2da. edición. Newbury Park, CA, Sage Publications, p.11-12.

Apéndice. Indicadores del UNGASS

Nota importante:

Esta guía no ofrece un inventario completo de indicadores para hacer el seguimiento de programas dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Los indicadores que se incluyen a continuación son los indicadores recomendados por el UNGASS, correspondientes a las poblaciones de mayor riesgo, que forman parte de los requisitos para el seguimiento de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida [véase Seguimiento de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. ONUSIDA 2007]. Consulte el el sitio web del ONUSIDA (www.unaids.org) para obtener actualizaciones de esta guía, incluso las revisiones que el UNGASS pudiera haber hecho en los indicadores para las poblaciones de mayor riesgo.

Indicador	Método de medición
Cobertura	
1. Porcentaje de [poblaciones de mayor riesgo] a las que se llegó con programas de prevención del VIH	Vigilancia comportamental y otras encuestas especiales
2. Porcentaje de [poblaciones de mayor riesgo] que se sometió a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados	Vigilancia comportamental y otras encuestas especiales
Resultado: Conocimiento	
3. Porcentaje de [las poblaciones de mayor riesgo] que identifica correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza los conceptos erróneos sobre su transmisión	Encuestas especiales tales como la Encuesta de vigilancia comportamental de la FHI
Resultado: Comportamiento	
4. Porcentaje de profesionales femeninas y masculinos del sexo que informó haber usado preservativo con su último cliente	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de la FHI para profesionales del sexo
5. Porcentaje de varones que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron coito anal con una pareja varón	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de la FHI para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
6. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informó haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de la FHI para consumidores de drogas inyectables
7. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informó haber usado equipos de inyección estériles la última vez que se inyectaron	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de la FHI para consumidores de drogas inyectables
Impacto	
8. Porcentaje de [las poblaciones de mayor riesgo] infectado por el VIH	Directrices anuales del ONUSIDA/OMS para la vigilancia de segunda generación del VIH; directrices de FHI sobre el muestreo de grupos poblacionales

1. Poblaciones de mayor riesgo: programas de prevención	
Definición	Porcentaje de [las poblaciones de mayor riesgo] al que se llegó con programas de prevención del VIH
Objetivo	Evaluar el progreso en la ejecución de programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	Vigilancia comportamental u otras encuestas especiales
Método de medición	<p>Los encuestados responden las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabe dónde ir si desea hacerse una prueba del VIH? 2. ¿Alguien le entregó preservativos en los últimos doce meses? (por ejemplo, a través de un servicio de difusión, de un centro de acogida y consulta o de un dispensario para salud sexual) <p>A los consumidores de drogas inyectables (CDI) se les deberán formular las siguientes preguntas adicionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Alguien le entregó agujas y jeringas esterilizadas en los últimos doce meses? (por ejemplo, un agente de divulgación, un educador inter pares o a través de un programa de intercambio de agujas) <p>Numerador: Número de encuestados de la población de mayor riesgo que respondieron “sí” a ambas (a las tres en el caso de los CDI) preguntas</p> <p>Denominador: Número total de encuestados</p> <p>Además del puntaje para el indicador compuesto, se requieren puntajes para cada una de las preguntas individuales, en base al mismo denominador.</p> <p>Los datos recopilados para este indicador deberán informarse por separado para cada población de mayor riesgo, y divididos por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para las poblaciones de mayor riesgo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con estas poblaciones.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>
Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● Acceder y encuestar a las poblaciones de mayor riesgo puede ser complejo. Por lo tanto, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de [la población de mayor riesgo] nacional encuestada. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, debe utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado. ● La inclusión de estos indicadores a los fines del informe no debe interpretarse como que estos servicios, por sí solos, son suficientes para los programas de prevención del VIH dirigidos a estas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave descritas anteriormente deberá formar parte del programa integral de prevención del VIH, que también incluye elementos como la difusión de mensajes de prevención (p. ej., a través de programas de divulgación y de educación inter pares) y el tratamiento de sustitución de opioides para los consumidores de drogas inyectables.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Desde el Informe del progreso mundial de 2006, se ha recomendado que la cuestión de la calidad y la intensidad de los servicios informados ofrecidos a las poblaciones de mayor riesgo se aborde de manera más explícita en términos de los criterios para la medición de los componentes de servicios prestados. Si se tiene en cuenta la complejidad de este elemento de medición, en especial en el contexto de las poblaciones de mayor riesgo, el desarrollo de esos criterios exige un proceso intensivo de recopilación de información, síntesis y formulación de recomendaciones. Ésta fue una tarea difícil de abordar entre los procesos informativos de 2005 y 2007. Sin embargo, el proceso ya ha comenzado y se espera que las recomendaciones estén listas para la próxima ronda de informes. Mientras tanto, se recomienda que las directrices antes mencionadas se tomen como documentos de referencia que pueden facilitar la interpretación de los datos recopilados desde el punto de vista de la calidad y la intensidad. ● ONUSIDA (2006). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations. ● ONUSIDA (2006). Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal. ● OMS (2006). Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users.
--	--

2. Pruebas del VIH en las poblaciones de mayor riesgo

Definición	Porcentaje de [las poblaciones de mayor riesgo] que se hizo una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
Objetivo	Evaluar el progreso en la ejecución del asesoramiento y pruebas del VIH entre las poblaciones de mayor riesgo
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	Vigilancia comportamental u otras encuestas especiales
Método de medición	<p>Los encuestados responden las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se le han hecho pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es "sí": 2. No deseo conocerlos, pero ¿tiene los resultados de esa prueba? <p>Numerador: Número de encuestados en la población de mayor riesgo que se han sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados</p> <p>Denominador: Número de la población de mayor riesgo incluido en la muestra</p> <p>Los datos para estos indicadores deberán separarse por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para las poblaciones de mayor riesgo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con estas poblaciones.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● Acceder y encuestar a las poblaciones de mayor riesgo puede ser complejo. Por lo tanto, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de la población de mayor riesgo nacional encuestada. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, estas inquietudes deben reflejarse en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, debe utilizarse la mejor estimación disponible. ● En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado. Hacer un seguimiento de las poblaciones de mayor riesgo en el tiempo para medir el progreso puede resultar difícil debido a su movilidad y a que, por su naturaleza, es difícil entrar en contacto con estas poblaciones con muchos grupos que son poblaciones ocultas. Por lo tanto, para facilitar la interpretación y el análisis en el tiempo, debe incluirse en el informe descriptivo información sobre la naturaleza de la muestra.
-----------------------	--

3. Poblaciones de mayor riesgo: conocimiento sobre la prevención del VIH

Definición	Porcentaje de las poblaciones (de mayor riesgo) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que también rechaza los conceptos erróneos principales acerca de la transmisión del VIH
Objetivo	Evaluar el progreso en el desarrollo del conocimiento de hechos fundamentales acerca de la transmisión del VIH en las poblaciones de mayor riesgo
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	Encuestas comportamentales especiales como la encuesta de vigilancia comportamental de Family Health International para las poblaciones de mayor riesgo
Método de medición	<p>Los encuestados responden las siguientes cinco preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Mantener relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada puede reducir el riesgo de transmisión del VIH? 2. ¿Puede el uso de preservativos reducir el riesgo de transmisión del VIH? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH? 4. ¿Puede una persona contraer el VIH por una picadura de mosquito? 5. ¿Puede una persona contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado? <p>Numerador: Número de encuestados de la población de mayor riesgo que respondió correctamente las cinco preguntas</p> <p>Denominador: Número de encuestados de la población de mayor riesgo que respondió, incluida la respuesta "no lo sé", las cinco preguntas</p> <p>Se requieren puntajes indicadores para todos los encuestados, que deberán separarse por sexo y edad (<25; 25+).</p> <p>Las primeras tres preguntas no deberán modificarse. Las preguntas 4 y 5 podrán reemplazarse por los conceptos erróneos más comunes en el país.</p> <p>Aquellos encuestados que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán excluirse del numerador pero incluirse en el denominador.</p> <p>Además del puntaje para el indicador compuesto, se requieren puntajes para cada una de las preguntas individuales, en base al mismo denominador.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para las poblaciones de mayor riesgo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con esta población.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH es un concepto equivocado generalizado que puede derivar en relaciones sexuales sin protección con parejas infectadas. El conocimiento de cuáles son las falsas creencias sobre los posibles modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento de los verdaderos modos de transmisión. La creencia de que el VIH se contagia a través de la picadura de un mosquito, por ejemplo, puede debilitar la motivación para adoptar comportamientos sexuales más seguros, mientras que la creencia de que el VIH puede transmitirse por compartir alimentos refuerza el estigma que deben enfrentar las personas que viven con el VIH. ● Este indicador es particularmente útil en países en los que el conocimiento sobre el VIH y el sida es deficiente porque permite medir con facilidad las mejoras incrementales en el tiempo. Sin embargo, también es importante en otros países porque se lo puede utilizar para asegurar que se mantengan los niveles elevados ya existentes de conocimiento. ● Encuestar a las poblaciones de mayor riesgo puede ser complejo. En consecuencia, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de [la población de mayor riesgo] nacional encuestada. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado.
-----------------------	---

4. Profesionales del sexo: uso de preservativos

Definición	Porcentaje de profesionales femeninas y masculinos del sexo que informan haber usado preservativo con su último cliente
Objetivo	Evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de relaciones sexuales sin protección con clientes
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de Family Health International para profesionales del sexo
Método de medición	<p>Los encuestados responden la siguiente pregunta: ¿Usó preservativo con su último cliente en los últimos 12 meses?</p> <p>Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo con su último cliente en los últimos 12 meses</p> <p>Denominador: Número de encuestados que informaron haber tenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses</p> <p>Los datos para estos indicadores deberán separarse por sexo y edad (<25; 25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para profesionales del sexo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con esta población.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● Los preservativos tienen máxima eficacia cuando se los usa en forma sistemática y no ocasional. El indicador actual sobreestimaré el nivel de uso sistemático de preservativos. Sin embargo, el método alternativo de preguntar si siempre/a veces/nunca se usaron preservativos en los encuentros sexuales con los clientes durante un período determinado está sujeto a sesgos relacionados con la capacidad de recordar. Más aún, la tendencia en el uso de preservativo en el último coito por lo general refleja la tendencia en el uso sistemático de preservativos. ● Encuestar a profesionales del sexo puede ser complejo. En consecuencia, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de la población de mayor riesgo nacional encuestada. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado.
-----------------------	--

5. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres uso de preservativos

Definición	Porcentaje de hombres que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con otro hombre
Objetivo	Evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con una pareja varón
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de FHI para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Método de medición	<p>En una encuesta comportamental realizada en una muestra de hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, se preguntó a los encuestados sobre sus parejas sexuales en los seis meses anteriores, sobre las relaciones sexuales anales con esas parejas y sobre el uso de preservativo la última vez que tuvieron coito anal.</p> <p>Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales</p> <p>Denominador: Número de encuestados que informó haber tenido relaciones sexuales anales con una pareja varón en los últimos 6 meses</p> <p>Los datos para estos indicadores deberán separarse por edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con esta población.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● En el caso de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso de preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con cualquier pareja ofrece un clara indicio de los niveles y tendencias en las relaciones sexuales con y sin protección dentro de esta población. Este indicador no proporciona ninguna idea sobre el comportamiento de riesgo durante las relaciones sexuales con mujeres entre hombres que tienen relaciones sexuales con ambos sexos. En los países en los que es probable que los varones de la subpoblación encuestada tengan parejas de ambos sexos, deberá hacerse una investigación sobre el uso de preservativos durante las relaciones sexuales con mujeres y con hombres. En estos casos, los datos sobre el uso de preservativos siempre deberán presentarse separadamente para las parejas mujeres y las parejas varones. ● Encuestar a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres puede ser complejo. En consecuencia, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de la población de mayor riesgo nacional encuestada. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado.
-----------------------	--

6. Consumidores de drogas inyectables: uso de preservativos

Definición	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales
Objetivo	Evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión sexual del VIH
Aplicabilidad	Países donde el consumo de drogas inyectables es una modalidad establecida de transmisión del VIH
Instrumentos de medición	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de Family Health International para los consumidores de drogas inyectables
Método de medición	<p>Los encuestados responden la siguiente secuencia de preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es "sí": ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes? 3. Si la respuesta es sí para ambas, 1 y 2: ¿Usó preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales? <p>Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales</p> <p>Denominador: Número de encuestados que informaron haber tenido relaciones sexuales en el último mes</p> <p>Se requieren puntajes indicadores para todos los encuestados, que deberán separarse por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para los consumidores de drogas inyectables deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con esta población.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuestar a los consumidores de drogas inyectables puede ser complejo. En consecuencia, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de la población nacional encuestada de consumidores de drogas inyectables. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado. ● El grado de transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables en un país depende de cuatro factores: (i) la magnitud, la etapa y el patrón de propagación de la epidemia nacional del sida; (ii) el nivel de consumo de drogas inyectables; (iii) la medida en que los consumidores de drogas inyectables utilizan equipos de inyección contaminados y (iv) los patrones de mezcla sexual y uso de preservativos entre los consumidores de drogas inyectables y entre los consumidores de drogas inyectables y la población general. Este indicador proporciona información sobre el cuarto factor.
-----------------------	---

7. Consumidores de drogas inyectables: prácticas seguras de inyección

Definición	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron
Objetivo	Evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables
Aplicabilidad	Países donde el consumo de drogas inyectables es una modalidad establecida de transmisión del VIH
Instrumentos de medición	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia comportamental de Family Health International para los consumidores de drogas inyectables.
Método de medición	<p>Los encuestados responden las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es "sí": ¿Usó aguja y jeringa estériles la última vez que se inyectó drogas? <p>Numerador: Número de encuestados que informaron haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron drogas</p> <p>Denominador: Número de encuestados que informaron haberse inyectado drogas en el último mes</p> <p>Se requieren puntajes indicadores para todos los encuestados, que deberán separarse por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, los datos para los consumidores de drogas inyectables deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno, en estrecha relación con esta población.</p> <p>Tanto el acceso a los encuestados como los datos que ellos proporcionan deben mantenerse en confidencialidad.</p>

Interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuestar a los consumidores de drogas inyectables puede ser complejo. En consecuencia, los datos obtenidos quizá no provengan de una muestra representativa de la población nacional encuestada de consumidores de drogas inyectables. Si se teme que los datos no provengan de una muestra representativa, deberán reflejarse estas inquietudes en la interpretación de los datos encuestales. Cuando existan diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. En el informe que se presente con este indicador, deberán incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro tema relacionado. ● El grado de transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables en un país depende de cuatro factores: (i) la magnitud, la etapa y el patrón de propagación de la epidemia nacional del sida; (ii) el nivel de consumo de drogas inyectables; (iii) la medida en que los consumidores de drogas inyectables utilizan equipos de inyección contaminados y (iv) los patrones de mezcla sexual y uso de preservativos entre los consumidores de drogas inyectables y entre los consumidores de drogas inyectables y la población general. Este indicador proporciona información sobre el tercer factor.
-----------------------	---

8. Poblaciones de mayor riesgo: reducción de la prevalencia del VIH

Definición	Porcentaje de [la población de mayor riesgo] infectado por el VIH
Objetivo	Evaluar el progreso realizado en la reducción de la prevalencia del VIH entre las poblaciones de mayor riesgo
Aplicabilidad	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia en los que no se recomienda la vigilancia de rutina entre embarazadas. Se incluyen también los países con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
Instrumentos de medición	<i>Directrices del ONUSIDA/OMS sobre la vigilancia de segunda generación; directrices de Family Health International sobre el muestreo de grupos poblacionales</i>
Método de medición	<p>Este indicador se calcula utilizando datos obtenidos de las pruebas del VIH realizadas a miembros de los grupos poblacionales de mayor riesgo en la ciudad capital.</p> <p>Numerador: Número de miembros de la población de mayor riesgo cuyas pruebas del VIH fueron positivas</p> <p>Denominador: Número de miembros de la población de mayor riesgo que se sometieron a las pruebas del VIH</p> <p>Las estimaciones de la prevalencia deben separarse por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Para evitar sesgos de las tendencias en el tiempo, este indicador debe informarse sólo para la ciudad capital. En los últimos años, muchos países han ampliado el número de centros centinelas para incluir más centros rurales, lo que generó tendencias sesgadas originadas por la agrupación de datos obtenidos de estos centros.</p> <p>En teoría, la evaluación del progreso realizado en la reducción de la aparición de nuevas infecciones se optimiza a través de la vigilancia de los cambios en la incidencia a través del tiempo. Sin embargo, en la práctica, se cuenta con datos de prevalencia en lugar de datos de incidencia. Al analizar los datos de la prevalencia obtenidos de las poblaciones de mayor riesgo para evaluar el impacto del programa de prevención, se recomienda no limitar el análisis a los jóvenes sino informar los casos de personas que recién se inician en comportamientos que les generan riesgo de infección (por ejemplo, limitando el análisis a las personas que han comenzado a inyectarse drogas durante el último año o que han operado como profesionales del sexo durante menos de un año, etc.). Este tipo de análisis restringido también tendrá la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica, de aumentar la supervivencia y, por ende, la prevalencia. En el Informe de progreso del país, es imprescindible indicar si se utilizó este tipo de análisis para permitir un análisis global significativo.</p>

Interpretación

- Dado lo difícil que es acceder a las poblaciones de mayor riesgo, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más significativos que los sesgos en datos obtenidos de una población más generalizada, como las mujeres atendidas en dispensarios prenatales. Si existe alguna duda respecto de los datos, esta inquietud deberá reflejarse en su interpretación.
- Para interpretar este indicador es fundamental entender la manera en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones mayores que comparten comportamientos de riesgo similares. El período durante el cual las personas pertenecen a una población de mayor riesgo está más estrechamente vinculado con el riesgo de contraer el VIH que la edad. Por lo tanto, se recomienda no limitar el análisis a los jóvenes sino informar también sobre otros grupos de edades.
- Las tendencias en la prevalencia del VIH entre las poblaciones de mayor riesgo en la ciudad capital proporcionarán un indicio útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación general del país.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/sida en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

Uniendo al mundo contra el sida



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org