

Parte III.C
ITS y
VIH/SIDA

- Índice de Esfuerzo del Programa contra el SIDA (API en inglés)
- Condones disponibles para distribución en todo el país
- Porcentaje de la población que expresa actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH
- Porcentaje de la población que conoce métodos para prevenir el VIH
- Porcentaje de la población que no tiene creencias erróneas sobre el SIDA
- Porcentaje de la población que conoce algunos métodos para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo
- Porcentaje de la población que solicita una prueba de VIH, que se la hace y que recoge los resultados
- Establecimientos de consejería y prueba voluntaria con las condiciones mínimas para proveer servicios de buena calidad
- Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron consejería y se hicieron la prueba de VIH
- Clínicas de atención prenatal que ofrecen servicios de CPV y que refieren
- Porcentaje de la población que tuvo relaciones sexuales de alto riesgo durante el último año
- Porcentaje que usó condones en la última relación sexual de alto riesgo
- Porcentaje de hombres que tuvieron sexo comercial en el último año
- Porcentaje de jóvenes que tuvieron parejas múltiples durante el último año
- Porcentaje de jóvenes que usaron un condón en la última relación sexual de alto riesgo
- Porcentaje de usuarios de drogas intravenosas que no compartieron materiales de inyección en el último mes
- Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que fueron tamizadas
- Porcentaje de pacientes con ITS que han tenido un diagnóstico y tratamiento apropiado
- Porcentaje de pacientes con ITS que reciben orientación sobre el uso de condón y notificación a la pareja y se les refiere para una prueba de VIH
- Porcentaje de establecimientos que proveen servicios para ITS con existencias adecuadas de los medicamentos
- Número/porcentaje de establecimientos con capacidad de proveer la atención apropiada a los pacientes infectados con VIH
- Prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15-24 años de edad
- Prevalencia de VIH en subgrupos poblacionales con comportamientos de alto riesgo
- Porcentaje de niños menores de 15 años que son huérfanos

El VIH/SIDA se ha convertido en un enfoque central para los especialistas en salud pública y las agencias donantes internacionales, mientras que esta devastadora pandemia continúa expandiéndose. De acuerdo con los informes de ONUSIDA, a finales del año 2001 aproximadamente 40 millones de personas estaban infectadas con el VIH a nivel mundial, y de éstas el 70 por ciento reside en África.

Los recursos financieros y humanos con los que actualmente se cuenta no son suficientes para enfrentar el tremendo desafío de detener el VIH/SIDA, pero aún así los fondos de los donantes han expandido al límite la capacidad de asimilación de muchas organizaciones. En África—particularmente en los países en los que casi un tercio de los adultos de las áreas urbanas están infectados—muchos de los propios proveedores de salud se han visto afectados. En pocas palabras, los recursos humanos disponibles se suelen movilizar para implementar los programas, por lo que la evaluación, en este contexto de crisis, comprensiblemente, ha ocupado un lugar secundario.

Sin embargo, debido a que la epidemia no da señales de disminuir, las agencias donantes internacionales saben que deben permanecer comprometidas con las iniciativas contra el VIH/SIDA por bastante tiempo. A medida que aumenta la cantidad de dinero para combatir el VIH/SIDA, incrementan los llamados a la responsabilidad de tener que rendir cuentas, desde el punto de vista del uso efectivo de los fondos. La necesidad de mejorar el monitoreo y la evaluación también ha producido un mayor número de instrumentos e indicadores para recopilar los datos.

La primera iniciativa a nivel mundial para estandarizar los indicadores para evaluación surgió durante la década de los años ochenta en conexión con el Programa Mundial contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Los expertos de las organizaciones más importantes sostuvieron en Ginebra una serie de reuniones en el transcurso de los años ochenta y principios de los noventa y desarrollaron un conjunto

de 10 “indicadores de prevención” (conocidos como “IPs”). Esta iniciativa fue bastante elogiada, ya que la estandarización de los indicadores prometía múltiples beneficios: Los países con escasos recursos para la evaluación no tendrían que “reinventar la rueda” y todos se podrían beneficiar bajo la dirección de este grupo de expertos. Por otra parte, los datos obtenidos con este conjunto estandarizado de indicadores se prestarían para hacer comparaciones entre los países. Sin embargo, la aplicación del IP en algunos países específicos resultó ser más desafiante de lo que se pensaba y muy pocos países pudieron producir los datos necesarios para los indicadores. La validez de los mismos también era muchas veces cuestionable, por lo que únicamente unos cuantos países utilizaban los IP para monitorear las tendencias, los conocimientos y los comportamientos en los programas.

Durante la última década ha cambiado mucho la situación de los programas contra el VIH/SIDA. La prevención continúa siendo de primordial importancia, pero los programas deben proveer también atención y apoyo a las personas infectadas y afectadas por la epidemia. A la vez, los evaluadores han tenido que adaptar los instrumentos de monitoreo y evaluación para programas más complejos.

Los esfuerzos de monitoreo y evaluación (M&E) del VIH/SIDA han tenido grandes mejoras durante los últimos tres años, gracias a los esfuerzos de un consorcio de agencias que incluye el Proyecto MEASURE *Evaluation*, la ONUSIDA, la OMS, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Family Health International (FHI) y otras agencias cooperantes de la USAID que trabajan en aspectos de programación y evaluación del VIH/SIDA. El grupo revisó primero los indicadores y las herramientas de evaluación que ya existían. Más adelante, el Proyecto MEASURE *Evaluation* y ONUSIDA coordinaron una serie de estudios de caso para revisar los sistemas de M&E del VIH/SIDA en 13 países, incluida la factibilidad de recopilar datos para los diversos IP. Estos estudios sentaron la base para (a) redefinir la lista de los indicadores de mayor utilidad

para monitorear y evaluar los programas de VIH/SIDA y (b) modificar y, en ciertos casos, desarrollar las herramientas para medir los indicadores.

En el año 2000 ONUSIDA y sus socios¹ publicaron un manual titulado *Programas Nacionales de SIDA: Guía para el Monitoreo y la Evaluación*. En esta sección del *Compendio* hemos reproducido los “principales indicadores” del manual de ONUSIDA tal como aparecen en el original, ya que la recopilación de este conjunto de indicadores se hizo utilizando un proceso muy sistemático y participativo con el insumo de expertos a nivel mundial. La guía se usa actualmente para fortalecer los planes y la implementación del M&E en muchos países como parte de la amplia respuesta contra el SIDA que ha habido en todo el mundo, especialmente en África.

Se ha progresado mucho en M&E para el VIH/SIDA; sin embargo, todavía existen varios desafíos metodológicos importantes que debemos mencionar.

Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas de ITS y VIH/SIDA

- **Las mediciones que dependen de los autoreportes tienen demasiados sesgos.**

Esta afirmación es válida para las encuestas en general, pero aplica particularmente al VIH/SIDA por dos razones. Primero, los entrevistados pueden desconocer su sero-condición (por ejemplo, muchas mujeres tienen infecciones de transmisión sexual asintomáticas; pocos adultos del mundo en desarrollo conocen su sero-condición de VIH). Segundo, el estigma que rodea al VIH/SIDA lo convierte en un tema muy delicado. Aunque los encuestados conozcan su sero-condición, los evaluadores afrontarán una serie de dilemas éticos al pedir que la revelen durante una entrevista. Las encuestas siguen siendo un medio relativamente confiable para definir los niveles del conocimiento (por ejemplo, de los mecanismos de transmisión y prevención del VIH). En contraste, las preguntas que se refieren a las actitudes y al comportamiento sexual pueden producir respuestas sesgadas, con influencia de los programas de comunicación que enseñan las “respuestas políticamente correctas” respecto al VIH/SIDA.

- **A diferencia de lo que ocurre con la planificación familiar, el VIH/SIDA no cuenta con un conjunto**

de indicadores de evaluación que sea confiable y fácil de medir.

Resulta útil comparar la situación del VIH/SIDA con la planificación familiar para entender el dilema que afrontan los evaluadores de los programas de VIH/SIDA. Se podría argumentar que esta comparación es injusta porque la comunidad de investigación en PF ha tenido 20 años más para luchar contra estos problemas metodológicos. Sin embargo, estos son fundamentales para los comportamientos que rodean al VIH/SIDA. (Esta enfermedad infecciosa tiene una serie de determinantes inmediatos y de resultados biológicos bastante más complejos que la fecundidad.)

La mayor parte de las evaluaciones de PF han utilizado tres indicadores básicos:

- A nivel del programa: El índice Años Protección Pareja (APP)
- Como resultado intermedio: La tasa de prevalencia de anticonceptivos
- Como resultado a largo plazo: La tasa de fecundidad

En lo que se refiere a un **indicador a nivel del programa**, la cantidad de condones distribuidos para prevenir el VIH/SIDA es análogo al APP. Sin embargo, en el caso de planificación familiar, el evaluador puede establecer la relación directa o vínculo causal entre la cantidad distribuida y la protección alcanzada (por ejemplo, se requieren 4 dosis de DepoProvera para proteger a una mujer durante un año). En contraste, este tipo de cálculos de cobertura en el caso de los condones—combinado con factores de la consistencia en el uso—hacen muy difícil convertir la cantidad de condones distribuidos en el número de personas protegidas contra el VIH/SIDA.

En términos de un **indicador intermedio** que mide un comportamiento directamente vinculado con el resultado a largo plazo, el uso de condones para el VIH/SIDA es verdaderamente análogo al uso de

¹ Los socios incluyeron el CDC, la Unión Europea, el Proyecto FHI/IMPACT, el Proyecto MEASURE DHS+, el Proyecto MEASURE *Evaluation*, el Proyecto SYNERGY, el Proyecto POLICY, la UNICEF, la USAID, la OMS y el Banco Mundial.

anticonceptivos. Sin embargo, el uso de condones conlleva una serie de limitaciones. Primero, el uso del condón no es el único medio para tener relaciones sexuales más seguras (la abstinencia y la reducción del número de compañeros también disminuye el riesgo del VIH/SIDA). Segundo, la medición del uso de condones en las encuestas es mucho menos precisa que la medición de la prevalencia de anticonceptivos (pudiéndose validar esta última con las tasas de fecundidad). En contraste al uso de anticonceptivos (que las parejas casadas suelen practicar durante cierto tiempo con bastante consistencia), el uso del condón puede ser mucho más errático y puede variar según el tipo de compañero(a). Los autoreportes de las relaciones extramaritales y el uso del condón dentro de este tipo de “asociaciones” por lo general carecen de precisión.

Con respecto a un **resultado a largo plazo**, el objetivo de la mayoría de los programas de prevención del VIH es conceptualmente claro: Reducir la tasa de incidencia de nuevas infecciones de VIH en una población específica. Sin embargo, en la práctica es casi imposible obtener esta información de una muestra que sea realmente representativa de un país. Para medir la incidencia sería necesario identificar y reclutar a una muestra aleatoria de la población y seguirla o monitorearla a lo largo de múltiples (o por lo menos dos) lapsos de tiempo. Además, cualquier tipo de diseño experimental para poner a prueba los efectos de una intervención específica está llena de los dilemas éticos que implica retener una intervención potencialmente valiosa para un grupo específico en nombre de la buena “investigación científica.” Entre otros obstáculos adicionales, figuran el problema metodológico de pérdida potencial en el seguimiento, los aspectos éticos por la falta de establecimientos para atender a las personas identificadas como sero-positivas y el alto costo de recopilar este tipo de datos. De hecho, los evaluadores de esta área han adoptado un enfoque alternativo que consiste en hacerles pruebas a las mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal, sobre la base de que representan un amplio corte transversal de la población. En muchos países, este indicador es la medición preferida para rastrear la epidemia.

La comunidad internacional que trabaja en SIDA actualmente promueve el enfoque de vigilancia de segunda generación que implica la recopilación y coordinación de una serie de datos de distinta naturaleza. Los sistemas de vigilancia tradicionales solían rastrear

la infección del VIH u otros marcadores biológicos de riesgo como las ITS. Debido a que uno entre un limitado número de comportamientos—específicamente, inyectarse con agujas o con sangre contaminada o tener relaciones sexuales sin protección con un o una compañera infectada—debe preceder al VIH/SIDA, se sabe que si estos comportamientos cambian, la expansión del VIH también cambiará. Los sistemas de vigilancia de segunda generación monitorean los comportamientos de alto riesgo, utilizándolos para advertirnos sobre, o explicar, cambios en los niveles de infección. De esta forma, la vigilancia de segunda generación utiliza los datos de la vigilancia conductual para interpretar los datos recogidos a través de los esfuerzos de vigilancia de la sero-condición.

- **La prevalencia de VIH refleja la acumulación de los casos de VIH y muestra cambios muy lentamente aunque la incidencia esté bajando.**

Es más fácil obtener los datos de la prevalencia del VIH (por ejemplo, entre las mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal) que los datos de la incidencia del VIH, porque estos últimos requieren que se rastree a las personas a lo largo del tiempo para definir el porcentaje de seronegativas que se convierten en seropositivas en un año específico. No obstante, la prevalencia de VIH tiene la limitación de que su medición incluye no sólo los casos (personas) que se vuelven seropositivos a lo largo del último año, sino a lo largo de todos los años anteriores (y que todavía están vivos). Por lo tanto, una intervención podría estar teniendo éxito en reducir la incidencia de VIH en una población específica, pero esta tendencia no sería evidente de inmediato en los datos de la prevalencia de VIH.

Los evaluadores han abordado este problema, centrando su atención en las jóvenes de 15-19 años que acuden a las clínicas de atención prenatal en un país específico. En términos prácticos, ninguna de ellas era seropositiva antes de iniciar su actividad sexual, la que en muchos países de África comienza alrededor de los 15 años. (La mayoría de bebés niñas con SIDA perinatal no habrían sobrevivido hasta llegar a la edad adulta). Por lo tanto, los datos de un análisis de series de tiempo de la prevalencia de VIH/SIDA entre las jóvenes de 15-24 años que acuden a las clínicas de atención prenatal podrían servir como útil medida sustituta de la incidencia de VIH. Las tendencias de la prevalencia de VIH en las clientes de atención prenatal

entre 15-19 años también podrían ser un buen indicador de la incidencia de VIH, pero las simulaciones han mostrado que estas tendencias son más sensibles a cambios que podrían no estar relacionados con el cambio real en la incidencia de VIH en la población femenina.

En resumen, los indicadores que se presentan en esta sección se han reproducido del documento *Programas Nacionales de SIDA: Guía para el Monitoreo y la Evaluación*, que representa el esfuerzo conjunto de la ONUSIDA y de múltiples organizaciones asociadas. Se ha modificado el formato utilizado en el documento original para ser consistentes con los formatos que se utilizan en este *Compendio*; y se han incluido únicamente los “principales indicadores” (no los indicadores alternativos). En todo lo demás, el contenido permanece fiel al original.

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL PROGRAMA CONTRA EL SIDA (API POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Definición

La calificación promedio que un grupo específico de personas con experiencia da a un programa nacional con relación al progreso alcanzado en 90 áreas programáticas individuales y agrupadas en 10 categorías principales

El API utiliza a los informantes clave de una mezcla de instituciones preestablecida para opinar sobre ciertas áreas importantes para el compromiso y la programación, recopilando en un índice las calificaciones que estas personas dan a las distintas áreas. La calificación se calcula como un porcentaje, en el que 0 indica que no hay esfuerzos del programa y 100 indica el esfuerzo máximo, que se puede convertir en una escala numérica para minimizar las diferencias entre los informantes. Se sugiere que las calificaciones comienzan con muy débil y débil, pasando por moderado y fuerte hasta llegar a muy fuerte, dependiendo del rango en el que caen las calificaciones numéricas.

Dato(s) Requerido(s)

Las respuestas a un cuestionario detallado por parte de ciertos informantes clave preseleccionados (entre representantes del Ministerio de Salud; de ONG; consultores internacionales que conocen el país; y otras personas que tengan experiencia)

Fuente(s) de Datos

El cuestionario y el protocolo del Índice de Esfuerzo del Programa contra el SIDA²

Propósito y Temas a Considerar

El Índice de Esfuerzo del Programa contra el SIDA es un índice compuesto que está diseñado para medir el compromiso político y el esfuerzo de los programas en las áreas de prevención y atención del VIH y trata de captar muchos de los insumos y de los productos de un programa nacional contra el VIH/SIDA. La calificación se basa en 10 componentes importantes de lo que constituye una respuesta eficaz de un país:

- El apoyo político;
- La formulación de políticas;
- La estructura organizacional;
- Los recursos del programa;
- La evaluación y la investigación;
- Los aspectos legales y normativos;
- Los derechos humanos;
- Los programas de prevención;
- Los programas de atención; y
- La disponibilidad de los servicios.

Entre las principales inquietudes respecto al API es que puede ser subjetivo y poco fiable. El resultado depende por completo de los informantes que se seleccionan y es probable que estos cambien de un año a otro. Este índice está aún en su fase de desarrollo, por lo que no se ha estandarizado aún el proceso de selección de los informantes.

También han surgido dudas en cuanto a la utilidad de una sola calificación compuesta en la que el deterioro de algunas áreas podría ocultar mejoras en otras. Para fines de monitoreo y de diagnóstico, puede resultar más útil simplemente publicar las calificaciones del índice para cada componente por separado. Haciéndolo así, cada categoría puede servir como un indicador de por sí. Sin embargo, para muchas áreas de esfuerzo del programa, este documento propone alternativas con base en la medición de parámetros y no en las opiniones de los expertos, con lo que puede ser más fácil seguir las tendencias a lo largo del tiempo.

Un área en la que el proceso API puede producir un indicador particularmente útil es la formulación de las políticas.

² Disponible por Internet en: <http://www.tfgi.com/api.asp>

Indicador

CONDONES DISPONIBLES PARA DISTRIBUCIÓN EN TODO EL PAÍS

Definición

El total de condones disponibles para distribución a nivel nacional durante los 12 meses anteriores, divididos entre el total de la población de 15-49 años de edad

El indicador calcula el número de condones (masculinos y femeninos) disponibles para usarse en el país durante los últimos 12 meses. Se identifican y se entrevistan a los informantes clave para indagar todas las posibles fuentes de manufactura, importación, distribución y almacenamiento de condones. Luego, se recolectan los datos de todos los fabricantes y de los principales distribuidores comerciales, así como de los principales donantes, de los lugares de almacenamiento de condones y de los cuerpos gubernamentales, para-estatales y ONG que participan en la adquisición y en la distribución de los condones.

Este indicador totaliza los condones en existencia a nivel nacional al inicio del período de 12 meses, más los condones fabricados en el país durante el mismo período, menos cualquier exportación de condones durante ese período. La suma de todos los condones disponibles para uso en el país durante los últimos 12 meses se divide luego entre el total de la población de 15-49 años de edad.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de condones en existencia} + \text{\# de condones importados} + \text{\# de condones fabricados} - \text{\# de condones exportados durante un período de 12 meses}}{\text{Población total entre 15-49 años de edad}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los inventarios de los condones y los registros de las compras efectuadas en los (1) programas de mercadeo social, (2) los programas nacionales de distribución de condones y por los (3) mayoristas/distribuidores comerciales; los registros de las existencias y los registros de producción para los fabricantes

Fuente(s) de Datos

El protocolo del Programa Mundial del SIDA de la OMS para calcular la disponibilidad de condones para distribución a nivel central y periférico

Propósito y Temas a Considerar

Ni el mejor sistema de distribución del mundo ayuda mucho si no tiene nada que distribuir, por lo que el primer desafío para los programas nacionales que promueven el uso de condones es garantizar que hayan suficientes condones en el país para satisfacer la demanda. Este indicador mide el número de condones disponibles para el uso de quienes están en el grupo de edad con mayor actividad sexual. En los casos en que los programas promueven activamente la disponibilidad de condones masculinos se deben incluir también los condones femeninos, aunque el indicador debe desagregarse por el tipo de condón.

Al combinar este indicador con los indicadores del comportamiento sexual se obtiene un buen panorama de la suficiencia del abastecimiento de condones. Por ejemplo, si un tercio de todos los hombres entre 15-49 años de edad reportan haber tenido una relación sexual no-regular durante el último año y 20 por ciento de las parejas casadas reportan haber utilizado condones para prevenir un embarazo, y si, aún así, solamente hay tres condones disponibles por cada adulto sexualmente activo por año, se puede deducir que el abastecimiento nacional de condones es insuficiente para satisfacer la demanda potencial.

El número de condones disponibles a nivel central ayuda a evaluar la suficiencia de la disponibilidad total de condones. Sin embargo, es preciso señalar que “disponibilidad” no es lo mismo que “accesibilidad,” que incluye factores del precio, la ubicación y el acceso por las subpoblaciones que están en riesgo de tener relaciones sexuales sin protección y de VIH. Suele ser frecuente que no todos los condones disponibles se distribuyan o lleguen a las personas que más los necesitan para protegerse contra la expansión del VIH. Este indicador por sí solo no puede dar un panorama claro de cuantos condones “en existencia” realmente se distribuyen o se utilizan.

Aunque resulta irónico, los esfuerzos para promover el uso del condón a nivel nacional podrían complicar la medición de este indicador. Para maximizar el número de condones disponibles a raíz del SIDA, muchos países han liberado la importación de condones. La liberación significa que una amplia variedad de empresas, ONG, donantes y dependencias gubernamentales (el ministerio de salud, el ministerio de defensa, entre otras) pueden importar condones sin tener que reportar a una agencia central los números importados. Los programas distinguen entre los condones que se distribuyen por medio de los programas de planificación familiar y los que se distribuyen para reducir las infecciones de transmisión sexual, pero las dos fuentes deben tomarse en cuenta para medir este indicador. En la medida de lo

posible, los evaluadores deben presentar los datos por cada programa porque los programas de planificación familiar primordialmente destinan los condones a las prácticas sexuales de bajo riesgo dentro de las uniones monógamas estables, mientras que los condones del programa de SIDA se orientan a los contactos sexuales de alto riesgo.

En los casos en que se promueve el uso del condón, concentrándose en la comercialización de condones a precios subsidiados para las personas que tienen probabilidad de participar en prácticas sexuales de alto riesgo (mercadeo social), los datos de las ventas de ciertas marcas específicas pueden ser también un buen indicador del éxito del programa. Las organizaciones responsables del mercadeo social de condones suelen mantener muy buenos registros de los condones distribuidos hasta el nivel de menudeo y, aunque estos datos cuentan solamente una parte de la historia de la disponibilidad de condones, constituyen una fuente de datos de muy bajo costo para el Programa Nacional del SIDA. Además, pueden ser muy valiosos para los fines de promoción y defensa pública. Un incremento en el número de condones fabricados o importados a un país o en el número de condones vendidos, puede ser útil para apoyar a otros indicadores que miden incrementos en los autoreportes del uso de condones o bajas en los autoreportes de ITS y, eventualmente, en la prevalencia del VIH.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE EXPRESA ACTITUDES DE ACEPTACIÓN HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Definición

El porcentaje de personas que expresan actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH, de todas las personas encuestadas entre 15-49 años de edad. Las personas entrevistadas en una encuesta a nivel de la población en general responden a una serie de preguntas con respecto a las personas infectadas con VIH de la siguiente manera:

- Si un miembro de su familia se enferma con el virus del SIDA, ¿estaría usted dispuesto(a) a cuidarlo(a) en su hogar?
- Si usted supiera que un tendero o vendedor de comida tiene el virus del SIDA, ¿le compraría vegetales frescos?
- Si una maestra tiene el virus del SIDA pero no está enferma, ¿se le debe permitir que continúe dando clases en la escuela?
- Si un miembro de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿querría usted mantenerlo en secreto?

En el numerador deben ingresarse únicamente los datos de las personas entrevistadas que reportan una actitud de aceptación o apoyo para las cuatro preguntas. El denominador lo constituyen todas las personas encuestadas.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas entrevistadas que reportan actitudes de aceptación para las cuatro preguntas}}{\text{Total de personas encuestadas entre 15-49 años de edad}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los autoreportes de las personas que responden a la encuesta

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos) y la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador se basa en las respuestas a una serie de preguntas hipotéticas con relación a los hombres y a las mujeres que tienen el VIH y refleja lo que las personas están preparadas a decir que sienten o que harían si se enfrentaran ante varias situaciones que involucran a las personas que viven con VIH.

Metodológicamente hablando, esta es una forma relativamente fácil de construir un indicador de actitudes hacia las personas con VIH. Una baja calificación del indicador es una señal bastante acertada de que existen niveles altos de estigma y, tan sólo por eso, vale la pena hacer una medición.

Sin embargo, es difícil interpretar indicadores que se basan en preguntas hipotéticas y resulta aún más difícil, entender una calificación alta que una baja. Una calificación alta podría significar que hay poco estigma real vinculado al VIH, pero también podría significar que las personas saben que no deben discriminar y, por lo tanto, reportan actitudes de aceptación. Sin embargo, saber esto no necesariamente cambia su comportamiento, el cual puede seguir siendo discriminatorio hacia las personas que tienen VIH. Los cambios en el indicador, por lo tanto, pueden reflejar una disminución del estigma o simplemente mayor conciencia respecto a que no es agradable confesar los prejuicios. Sin embargo, la sola conciencia puede constituir el primer paso hacia el éxito del programa. Las calificaciones altas también podrían reflejar poca experiencia personal de la persona encuestada con alguien que esté infectado con el VIH.

El indicador que se propone es similar a una medición desarrollada anteriormente por la OMS, pero algunas preguntas se cambiaron después de validarla para reflejar mejor las situaciones en las que las personas con VIH verdaderamente sufren a causa del estigma. Las pruebas de campo revelaron que la redacción exacta del indicador afecta en gran medida las respuestas. Por ejemplo, cuando no se especificó el género del maestro en la pregunta, un país registró niveles muy altos de actitudes “discriminatorias.” Al investigar un poco más, se descubrió que las actitudes negativas se relacionaban con la noticia reciente de unos profesores masculinos que habían infectado con VIH a unas alumnas.

El antiguo indicador de la OMS se había utilizado muy poco, llegando a cuestionarse su utilidad. Posiblemente, el poco uso se debiera a los pocos esfuerzos programáticos que se han hecho hasta la fecha para disminuir el estigma que rodea al VIH en la mayoría de países. Sin embargo, a medida que se hace más claro el poder del estigma para obstruir los esfuerzos de prevención y de atención del SIDA, es probable que hayan más programas nacionales que presten atención a esta área, por lo que esperamos que el uso de este indicador aumentará.

Algunas personas han sugerido también que este indicador sirve para medir las diferencias en la discriminación o el estigma con base en el género de las personas. Algunas investigaciones realizadas sugerían que es más probable que se trate y vea mal a las mujeres que tienen VIH o SIDA que a los hombres, pero otros estudios más recientes han mostrado poca diferencia en las respuestas a las preguntas específicas sobre el estigma y la discriminación con relación al género.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE CONOCE MÉTODOS PARA PREVENIR EL VIH

Definición

El porcentaje de todas las personas encuestadas que, al responder a unas preguntas inducidas, afirman que una persona puede disminuir el riesgo de contraer VIH usando condones o teniendo relaciones sexuales únicamente con un(a) compañero(a) fiel y no infectado(a)

El denominador incluye a todas las personas encuestadas, sin importar si habían oído antes algo sobre el SIDA o no. Los componentes del indicador se deben reportar también por separado para mostrar cambios en ciertas áreas específicas de los conocimientos.

El evaluador (es decir, la persona que diseña el cuestionario) debe seleccionar cuidadosamente el lenguaje preciso de las preguntas inducidas para ajustarlo a cada contexto cultural y lingüístico. Se debe poner atención a intercalar en el cuestionario los métodos correctos con otros conceptos erróneos para poder calcular el siguiente indicador: **Porcentaje de la Población que no tiene Creencias Erróneas sobre el SIDA.**

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas encuestadas que afirman que una persona puede disminuir el riesgo de contraer VIH usando condones o teniendo relaciones sexuales únicamente con un(a)compañero(a) fiel y no infectado}}{\text{\# total de personas encuestadas}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Las datos de los autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos) y la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

La mayoría de los programas contra el SIDA dirigidos al público en general promueven la monogamia mutua y el uso de condones como las principales formas de prevenir la infección del VIH entre los hombres y las mujeres sexualmente activos, que son los que conforman la mayor parte de todos los adultos en casi todas las poblaciones. Este indicador mide el grado en que los mensajes “llegan” o “alcanzan” a la población en general o al subgrupo demográfico específico de la encuesta.

Los datos para este indicador son fáciles de recopilar en una encuesta demográfica. En la mayoría de los países, este indicador obtendrá una calificación alta, pero es probable que al desagregar las respuestas por preguntas individuales, por lugar de residencia, por género o por grupo de edad, se obtengan datos útiles sobre posibles brechas en el flujo de la información.

El evaluador debe construir el indicador primario usando los datos inducidos; pero la información que se obtiene al comparar los datos inducidos y los datos espontáneos, de ser posible, podría ser interesante. Por ejemplo, la versión revisada de la encuesta sobre El Estado Mundial de la Población de ONUSIDA y el módulo de SIDA de la DHS, antes de introducir las preguntas “inducidas,” preguntan: “¿De cuáles maneras pueden protegerse las personas para no contraer el VIH?” Para que pueda ser más útil para los gerentes de los programas, este indicador debe usarse siempre en conjunto con otro indicador: **Porcentaje de la Población que no Tiene Creencias Erróneas sobre el SIDA.**

Los indicadores para medir los conocimientos previos solían incluir la abstinencia como método de

prevención “correcto” en este indicador. La abstinencia es una opción preventiva de suma importancia para las personas jóvenes. Sin embargo, la investigación realizada en muchos ámbitos muestra que los adultos sexualmente activos muy pocas veces usan la abstinencia como método primario para prevenir el VIH. Por otra parte, las personas que saben que el VIH se transmite sexualmente seguramente saben también que no tener relaciones sexuales puede reducir el riesgo de transmisión. Por lo tanto, es probable que las respuestas negativas para este ítem ocurran más porque las personas consideran que no es posible practicar la abstinencia y no porque no crean que esta sea eficaz para protegerse del VIH. No obstante, las preguntas con relación a la abstinencia siguen siendo importantes en las encuestas entre los jóvenes. Los programas que enfocan en retrasar la edad de la primera relación sexual entre los jóvenes pueden pensar en añadir un indicador de conocimientos que incluya las respuestas correctas a una pregunta que presente la abstinencia como método de prevención.

Implicaciones de Género de este Indicador

Puede que las mujeres estén poco informadas sobre los métodos de prevención, debido a las barreras socioculturales de género, que deniegan o desalientan el acceso de las mujeres a información sobre el VIH, así como su disposición para hablar sobre esos temas. Por ejemplo, muchas culturas ven la ignorancia de la mujer sobre los temas sexuales como un signo de pureza, siendo ésta una cualidad femenina ideal. Las mujeres, por lo tanto, pueden mostrarse reacias a solicitar información sobre la prevención del VIH por temor de ser etiquetadas como promiscuas (ONUSIDA, 1999a). Además, las mujeres pueden estar reacias a reportar que saben algo sobre esto por las mismas razones.

También es probable que los mensajes sobre la prevención del VIH no estén llegando a las mujeres porque algunos proveedores puedan estar reacios o no hablen sobre el uso de condón como método para prevenir el VIH con las clientes femeninas. Podrían percibir el condón como un método anticonceptivo masculino o asociar el condón con la actividad sexual ilícita.

Por ejemplo, en las áreas que tienen un índice de alfabetismo bajo entre las mujeres, las campañas que utilizan materiales impresos pueden no ser eficaces para llegar a las mujeres analfabetas o poco alfabetas.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE NO TIENE CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE EL SIDA

Definición

El porcentaje de las personas encuestadas que acertadamente rechazan los dos conceptos erróneos sobre las vías de transmisión o de prevención del SIDA más comunes a nivel local y que saben que una persona aparentemente sana puede transmitir el SIDA

En una serie de preguntas inducidas, el entrevistador lee una serie de afirmaciones correctas e incorrectas sobre las vías de transmisión y prevención del SIDA. Las respuestas correctas a las afirmaciones sobre prevención se usan para calcular el indicador anterior: **Porcentaje de la Población que Conoce Métodos para Prevenir el VIH**. Las respuestas a una pregunta con relación a la condición de infección en las personas aparentemente sanas y a dos conceptos erróneos con relación a las vías de transmisión o prevención sirven ambas para calcular este indicador.

Las afirmaciones incorrectas serán distintas para reflejar los conceptos erróneos más comunes en el contexto local. Estos conceptos erróneos muchas veces incluyen creer que el SIDA puede transmitirse por el piquete de un insecto o por brujería. Algunas veces incluirán creencias sobre la prevención o la cura, tales como poder prevenir el SIDA comiendo cierto tipo de alimentos o hierbas, o que puede ser curable si se tienen relaciones sexuales con cierto tipo de personas, como una virgen (o simplemente, que se puede curar). Una de las preguntas se enfocará siempre hacia el conocimiento del concepto del “portador sano;” es decir, saber que una persona puede contraer el VIH si tiene relaciones sexuales sin protección con una persona aparentemente sana. El vocabulario exacto puede variar de un país a otro. Por ejemplo, en algunas regiones “gorda” puede ser sinónimo de “sana” en este contexto y puede reflejar mejor el concepto erróneo con relación a las personas que constituyen un o una compañera segura.

Antes de hacer una encuesta, el evaluador debe identificar los conceptos erróneos locales más conocidos, los cuales pueden variar a lo largo del tiempo dentro de un mismo país.

Para ingresar al numerador de este indicador, la persona entrevistada debe rechazar correctamente ambos conceptos erróneos y debe saber que una persona aparentemente sana puede transmitir el SIDA. El denominador son todas las personas que responden, incluidas las que nunca habían oído nada sobre el SIDA. Para los propósitos de un programa, el indicador debe ser desagregado por cada concepto erróneo, y el porcentaje que cree que una persona sana no puede transmitir el VIH también se debe reportar por separado.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas encuestadas que rechazan correctamente los dos conceptos erróneos más comunes sobre el SIDA en ese lugar y que saben que una persona aparentemente sana puede transmitir el SIDA}}{\text{\# total de personas encuestadas}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de los autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos(s)

La encuesta del Estado Mundial de la Población de UNUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos) y la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

Muchas de las personas que saben que el condón protege contra el SIDA también creen que el SIDA se puede contraer con el piquete de un mosquito o con otro acontecimiento sobre el cual no tienen control. ¿Por qué molestarse en reducir el placer del sexo, razonan ellos, si de todos modos pueden infectarse por algo tan fortuito como el piquete de un mosquito? En los lugares en los que hay niveles altos de conciencia con respecto al VIH, el éxito de una campaña de comunicación para

el cambio de comportamiento (CCC) se puede reflejar mejor en la reducción de los conceptos erróneos que desestiman el cambio de un comportamiento que en el incremento de los ya altos niveles de conocimientos “correctos.” Este indicador mide el progreso logrado hacia la reducción de los conceptos erróneos.

De nuevo, este indicador es fácil de medir y ofrece un buen panorama del nivel de creencias falsas que podrían impedir la decisión de actuar con base en conocimientos correctos. Al desagregar los datos, se puede obtener información valiosa para los gerentes de los programas que planean las campañas futuras de CCC, ya que les informa cuáles son los conceptos erróneos que se deben abordar y cuáles deben ser las subpoblaciones objetivo de las campañas.

No obstante, esto amerita una advertencia. Al incluir conceptos erróneos en una lista, siempre existe el peligro de que estos se incrementen, por lo que debe hacerse una investigación preliminar que establezca los conceptos erróneos más comunes en el lugar (en vez de tomar el riesgo de promover nuevos conceptos erróneos); el cuestionario debe ser muy claro en mencionar que algunas de las afirmaciones de la serie son verdaderas mientras que otras son falsas.

Una limitación de este indicador es su potencial incapacidad de distinguir entre los conceptos erróneos que pueden influir en el comportamiento y los que son simplemente incidentales. Para medir este indicador hay que definir primero cuáles son los posibles conceptos erróneos más comunes en el momento en que se hace el estudio.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE CONOCE ALGUNOS MÉTODOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE VIH DE MADRE A HIJO

Definición

El porcentaje de mujeres y de hombres que responden acertadamente a algunas preguntas inducidas con relación a la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo utilizando la terapia antirretroviral y absteniéndose de dar lactancia materna

Las personas encuestadas responden a una serie de preguntas sobre la transmisión y la prevención del VIH. (Véanse los indicadores anteriores: **Porcentaje de la Población que Conoce Métodos para Prevenir el VIH y Porcentaje de la Población que no Tiene Creencias Erróneas sobre el SIDA**). Entre las preguntas hay algunas sobre la posibilidad que el VIH se transmita de madre a hijo y sobre métodos para prevenir este tipo de transmisión.

El indicador consiste en el número de personas que dicen que se puede prevenir la transmisión de VIH por parte de las mujeres que han dado un resultado positivo a la prueba del VIH si la madre toma medicamentos durante el embarazo y se abstiene de dar lactancia materna, dividido por el total de las personas que responden la encuesta.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas encuestadas que dicen que una mujer puede evitar la transmisión del VIH de madre a hijo, tomando medicamentos durante el embarazo y absteniéndose de dar lactancia materna a su hijo}}{\text{\# total de personas encuestadas}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de los autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de UNUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; la Encuesta de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos)

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador examina si las mujeres y los hombres conocen ciertos métodos para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En este campo, al igual que en el campo de prevención de las ITS, el conocimiento es un prerequisite para la toma de decisiones y para la intervención, aunque de ninguna manera es suficiente para garantizarlas.

Este indicador mide el nivel de conocimiento de las personas con relación a los métodos para prevenir la transmisión de madre a hijo la terapia antirretroviral y absteniéndose de dar lactancia materna. El nivel de conocimiento de los hombres respecto a esta área también es importante porque en muchas sociedades los hombres dominan las decisiones con relación a la formación familiar y a la maternidad, por lo que el indicador está construido para ambos sexos. La mayoría de las campañas de CCC en este tema suelen tener a las mujeres como población objetivo, por lo que los gerentes de los programas deben monitorear la eficacia del programa desagregando el indicador por género.

Este indicador asume que se están haciendo esfuerzos por educar a las mujeres con relación a la transmisión del VIH de madre a hijo y que los métodos para prevenir la transmisión forman parte de dicha educación.

El denominador del indicador no distingue entre las personas que saben sobre la transmisión de madre a hijo y las que no saben, porque las que no saben definitivamente están entre las personas a las que no les ha llegado información sobre los métodos de prevención. Sin embargo, la secuencia de las preguntas permite construir un indicador del conocimiento con relación a la transmisión de VIH de madre a hijo para los países que lo quieran.

El hecho de saber que la transmisión de madre a hijo se puede prevenir tiene probabilidades de definir el comportamiento de las mujeres con relación a la búsqueda de atención y a la práctica de la lactancia materna. Una mujer embarazada que simplemente sabe

que le puede transmitir el VIH a su hijo tiene menos probabilidades de tratar de averiguar su condición VIH que una mujer embarazada que sabe que puede evitar transmitirle a su hijo el VIH.

En muchos países de América Latina y en otros, la demanda de los servicios preventivos ha impulsado una mejora radical en la provisión de servicios para mujeres embarazadas con VIH. Sin embargo, esta demanda aumentará únicamente si las personas saben que existe una terapia que puede reducir eficazmente la transmisión del VIH a los recién nacidos.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE SOLICITA UNA PRUEBA DE VIH, QUE SE LA HACE Y QUE RECOGE LOS RESULTADOS

Definición

El porcentaje de personas encuestadas entre 15-49 años de edad que *alguna vez* han solicitado voluntariamente una prueba de VIH, que se han hecho la prueba y que han regresado a recoger los resultados

El evaluador también puede recopilar los datos sobre la base de las personas que *durante los últimos doce meses* han solicitado una prueba de VIH, se han hecho la prueba y han regresado a recoger sus resultados.

Las encuestas demográficas a nivel de toda la población o a nivel de un subgrupo de la población pueden incluir preguntas para saber si se le ha pedido alguna vez a la persona encuestada una prueba del VIH, si él o ella se la han hecho y, de ser así, si han regresado a recoger sus resultados. El numerador lo conforman las personas que alguna vez han solicitado la prueba y han recogido los resultados, mientras que el denominador son todas las personas que responden a la encuesta.

El entrevistador introduce la pregunta diciendo: “Yo no quiero saber los resultados de la prueba...” Tal como sucede con la mayoría de los indicadores, los resultados se deben presentar por separado para cada componente y según el género de las personas encuestadas. Además de la información sobre la amplitud del alcance de los servicios de Consejería y Prueba Voluntaria (CPV) a lo largo del tiempo, será útil conocer el porcentaje de la población encuestada que se ha hecho una prueba y que ha recogido los resultados *durante los últimos doce meses*, siendo ésta una medición de utilidad para un lapso de tiempo más razonable.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas entre 15-49 años que solicitaron una prueba de VIH, que se hicieron la prueba y que recogieron los resultados}}{\text{\# total de personas encuestadas entre 15-49 años}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de los autoreportes de las personas que responden a la encuesta

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos y para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

Los datos de la cobertura de los servicios de CPV de buena calidad serán valiosos para definir si estos están logrando su triple meta de ofrecer una entrada a los servicios de atención y apoyo, de promover el comportamiento seguro y de romper el círculo vicioso del silencio y el estigma.

Este indicador pretende calcular el alcance de los servicios de pruebas para el VIH entre la población en general y el porcentaje de personas que conocen su condición de VIH. También se puede usar en lugares donde se promueven servicios de pruebas y consejería entre subpoblaciones específicas con comportamientos de alto riesgo. Cuando se usa entre las subpoblaciones con comportamientos de alto riesgo, el numerador debe incluir únicamente a las personas que solicitaron una prueba voluntaria y recogieron sus resultados durante los últimos 12 meses.

La descomposición del indicador entre las distintas piezas de sus componentes (por ejemplo, tomando a las personas que solicitaron una prueba y se la hicieron, pero nunca regresaron a recoger sus resultados) puede señalar posibles brechas en la provisión de los servicios del programa y en la calidad de la atención. Por ejemplo, los datos de las personas que no regresan a recoger sus resultados o que no saben cual es su resultado pueden ayudar a definir los niveles de estigma y/o el rechazo a conocer la condición de VIH por falta de opciones disponibles para ser atendidos.

La pregunta de la encuesta para este indicador especifica que la persona encuestada debe haber solicitado la prueba. En muchas situaciones, gente puede asumir que alguna vez se le ha hecho una prueba de VIH a su sangre; por ejemplo, cuando han donado sangre, al aplicar para un seguro o para propósitos de vigilancia cuando acuden a los servicios de atención prenatal. Al calcular este indicador, el evaluador excluye estas pruebas no voluntarias, sean reales o percibidas. También se deben excluir las pruebas hechas con fines de diagnóstico sin el consentimiento del cliente, aunque se le hayan dado a este los resultados posteriormente. Dichas pruebas no reflejan la cobertura ni la demanda de los servicios para pruebas; tampoco toman en cuenta que la medición enfatiza el elemento deseado de “voluntariedad” en las pruebas de VIH. Por tal razón, las preguntas de la encuesta deben ser específicas para las personas que han solicitado la prueba.

En muchos países, habrá muchas personas a las que se les ha ofrecido y han aceptado una prueba de VIH en un ámbito de salud. Para medir la proporción de personas que conocen su sero-condición (sin importar quien inició la solicitud para la prueba), se debe recopilar también la información sobre las personas a las que se ha ofrecido una prueba, que la han aceptado y que han recogido sus resultados.

Este indicador da cierta idea de una creciente cobertura para satisfacer la demanda de la prueba por parte de la gente. Sin embargo, el indicador no se limita a los servicios que cuentan con consejeros calificados para hacer las pruebas voluntarias y para dar consejería, por lo que puede incluir las pruebas solicitadas a los médicos privados que no necesariamente ofrecen algún tipo de consejería.

En las áreas en las que el VIH está muy estigmatizado, las personas encuestadas pueden estar renuentes a admitir siquiera que se han hecho una prueba de VIH porque admitir tal cosa puede implicar temor a haber sido infectado. Esta renuencia aumenta cuando en el cuestionario surge alguna pregunta con relación a un comportamiento de alto riesgo. Por otra parte, en los

países donde las pruebas se promueven como un acto “responsable,” algunas personas pueden decir que se han hecho la prueba cuando en realidad no lo han hecho. A pesar de estos sesgos potenciales, el indicador es útil para proporcionar una estimación preliminar de la proporción de personas que tienen alguna probabilidad de conocer su condición de VIH.

Si se adapta este indicador para reflejar el porcentaje de los encuestados que han solicitado una prueba de VIH, que se han hecho la prueba y que han recogido los resultados *durante los últimos 12 meses*, la medición reflejará cambios recientes en los servicios que ofrecen pruebas en el nivel de conocimiento de las pruebas entre la población encuestada y en la voluntad de hacerse las pruebas. Aunque las personas que han estado expuestas más de una vez en su vida al VIH deberían ser el objetivo para repetir la prueba, la evidencia actual sugiere que la mayoría se hace la prueba una sola vez. De tal manera que es probable que en las poblaciones con prevalencia alta y con buena cobertura de servicios para pruebas las personas que han tenido un resultado positivo en el pasado no regresen más a hacerse otras pruebas en el futuro. Esto podría afectar las tendencias del indicador que está sujeto a un período de tiempo específico. La tendencia a realizarse la prueba una sola vez tiende a sesgar este indicador hacia una subestimación de la prevalencia.

La medición de “alguna vez” es menos sensible a tendencias recientes con relación al comportamiento de solicitar la prueba que la medición que está sujeta a una prueba “en los últimos 12 meses.” No obstante, la de “alguna vez” dará una idea del alcance general de estos servicios.

En lugares donde hay epidemias con niveles bajos y concentrados, el indicador seguramente producirá porcentajes extremadamente bajos si se mide a nivel de toda la población en general. Sin embargo, este indicador es apropiado para medir el comportamiento entre las subpoblaciones que están en alto riesgo de infección.

Implicaciones de Género de este Indicador

El uso de los servicios de CPV por parte de las mujeres puede ser limitado por una serie de barreras que obstaculizan su acceso a los mismos, tales como: la falta de movilidad, el costo de las pruebas y la renuencia o la prohibición de la atención por parte de un proveedor de salud masculino. La falta de mujeres proveedoras de salud o de servicios orientados a las mujeres puede impedirles solicitar servicios de CPV. Las mujeres, particularmente las casadas que creen estar en una relación monógama, pueden tener un bajo riesgo percibido de estar infectadas con el VIH y, por lo tanto, no solicitar los servicios de CPV. La investigación realizada sugiere que los hombres tienen más probabilidad de solicitar servicios de CPV sin consultar a otras personas, mientras que las mujeres se sienten obligadas a hablar con sus compañeros sobre el tema de hacerse una prueba antes de solicitar los servicios, creando una barrera potencial a su acceso a la CPV (Gupta, 2000).

El resultado positivo a una prueba puede tener serias repercusiones para las mujeres, incluidos la violencia por parte de su compañero, el aislamiento, el ostracismo o el abandono. Por esta razón, es probable que las mujeres no soliciten CPV o que no regresen a recoger sus resultados aunque sospechen que puedan estar infectadas. Las mujeres con VIH positivo dejan de cumplir a cabalidad los tratamientos recomendados o la práctica de dar biberón a sus hijos para prevenir la transmisión de madre a hijo por temor a ser identificadas como VIH positivas (ONUSIDA, 1999b).

Indicador

ESTABLECIMIENTOS DE CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA CON LAS CONDICIONES MÍNIMAS PARA PROVEER SERVICIOS DE BUENA CALIDAD

Definición

El número y el porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de CPV con las condiciones mínimas necesarias para proveer servicios de consejería y prueba de VIH de buena calidad

Los evaluadores toman una muestra aleatoria de los establecimientos y evalúan la calidad de los servicios de consejería y de las pruebas de VIH (incluidas las ONG, las clínicas privadas y los consultorios de los médicos). También valoran los elementos estructurales necesarios para proveer servicios de consejería y pruebas de buena calidad, incluidos el personal capacitado, la privacidad adecuada para dar consejería, los sistemas para resguardar la confidencialidad, un directorio de los servicios de referencia y las condiciones adecuadas para garantizar el control de calidad de las muestras.

Los evaluadores pueden ponderar la calificación obtenida por cada establecimiento de la muestra aleatoria por el número total de clientes anuales de dicho establecimiento. El indicador es el número de clientes atendidos durante el último año por establecimientos que tienen las condiciones adecuadas para proveer servicios de CPV de buena calidad, dividido entre el total de clientes atendidos durante el último año por todos los establecimientos de la muestra.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de clientes atendidos durante el último año por establecimientos con condiciones adecuadas para proveer servicios de CPV de calidad}}{\text{\# total de clientes atendidos durante el último año por todos los establecimientos de la muestra}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Evaluación de la idoneidad de los elementos clave para ofrecer servicios de CPV hecha por un evaluador externo

Fuente(s) de Datos

Protocolo de ONUSIDA para evaluar los servicios de consejería y prueba voluntaria del VIH

Propósito y Temas a Considerar

En muchos países la consejería y la prueba voluntaria han llegado a manos de organizaciones que tienen pocos fondos y poco equipo, tanto no gubernamentales como comunitarias, o se ha convertido en un corolario de los proveedores de servicios de salud del sector privado. Muchas de estas entidades no tienen siquiera las estructuras básicas necesarias para ofrecer consejería con buena calidad, tales como un cuarto en el que se pueda dar consejería en privado o una fuente de energía permanente para garantizar el almacenamiento adecuado de las muestras hasta que se hace la prueba.

Este indicador mide una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la calidad de los servicios de consejería. La medición del porcentaje de clientes atendidos en un establecimiento que llena los requisitos para dar consejería de buena calidad también puede reflejar otros factores como el acceso, la disponibilidad de servicios para hacer pruebas o un historial de experiencias positivas del centro con otros miembros de la comunidad. Inevitablemente, hay una serie de variables del contexto que influyen en los resultados de un indicador que evalúa la calidad. La meta del indicador es proveer un marco de referencia para evaluar algunas metas y guías establecidas y aceptadas.

Una dificultad potencial para construir este indicador es que los establecimientos que no tienen un sistema adecuado para el mantenimiento de los registros puede ignorar cuál es el total de su clientela; en ese caso, sería imposible ponderar el indicador por el total de

clientes. El indicador se puede construir como un porcentaje simple (es decir, el porcentaje de establecimientos encuestados que llenan las condiciones mínimas para proveer un servicio adecuado). Sin embargo, las malas condiciones en un establecimiento pequeño con poca clientela es relativamente menos importante que las malas condiciones en un centro grande y muy concurrido, por lo que se recomienda aplicar la ponderación en la medida de lo posible. (De hecho, puede existir una estrecha relación entre las condiciones y el flujo de clientes; es decir, el número de clientes puede ser bajo *porque* las condiciones son malas.)

Al igual que ocurre con otros indicadores que se agregan, el evaluador debe obtener la información sobre los distintos elementos por separado para propósitos de la planificación del programa. También puede ser útil desagregar este indicador por el tipo de proveedor de servicio (ONG, hospital, clínica privada).

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA Y SE HICIERON LA PRUEBA DE VIH

Definición

El porcentaje de mujeres que recibieron consejería durante la atención prenatal en su último embarazo que aceptaron el ofrecimiento para hacerse una prueba y que recibieron los resultados de la misma, en base a todas las mujeres que estuvieron embarazadas durante los dos años antes de la encuesta

En una encuesta a nivel de toda la población, el entrevistador pregunta a la mujer encuestada cuándo nació su último hijo y si recibió algún tipo de atención prenatal antes de su último parto. Si recibió atención, se le pregunta si el personal de la clínica le habló sobre la infección del VIH y le ofreció una prueba confidencial para detectar el VIH. Si su respuesta es afirmativa, se le pregunta si accedió a hacerse dicha prueba y si recibió los resultados. Antes de hacer tal pregunta, el entrevistador le garantiza que a él o ella no le interesa saber el resultado de ninguna prueba.

El indicador es el número de mujeres que recibieron consejería, que se les ofreció una prueba voluntaria de VIH en los servicios de atención prenatal antes del último parto durante los últimos dos años y que recibieron los resultados de la prueba, dividido entre el total de las mujeres encuestadas. Para medir tendencias recientes, el evaluador excluye a aquellas mujeres cuyo último embarazo ocurrió más de dos años antes del estudio.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres a quienes se dio consejería que aceptaron la prueba voluntaria de VIH que se les ofreció en la atención prenatal y que recibieron el resultado antes del parto durante los últimos dos años}}{\text{\# total de mujeres que tuvieron un embarazo durante los últimos dos años}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de autoreportes de las mujeres encuestadas

Fuente(s) de Datos

Encuesta del Estado de la Población Mundial de ONUSIDA

Propósito y Temas a Considerar

Las principales intervenciones activas para reducir la infección de madre a hijo dependen del conocimiento de la condición VIH. El hecho de conocer la condición VIH durante el embarazo también puede afectar las futuras intenciones reproductivas. Idealmente, las mujeres deberían de conocer su condición VIH utilizando los servicios de CPV antes de decidirse a quedar embarazadas. Pero la brecha entre este ideal y la realidad suele ser muy grande. En la práctica, la primera oportunidad que muchas mujeres tienen de recibir consejería sobre VIH y de que se les ofrezca una prueba puede ser en las clínicas de atención prenatal que ofrecen estos servicios antes de ofrecer las intervenciones para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo.

Para conocer su condición VIH en el ámbito de la atención prenatal, las mujeres deben completar una serie de pasos. Primero, deben acudir a los servicios de atención prenatal. Luego, deben recibir consejería y se les debe ofrecer una prueba de VIH. A continuación, deben aceptar dicha prueba. Por último, deben regresar a recoger los resultados de la prueba. No es sino hasta después de la consejería post prueba, que viene después de todos estos pasos, que ellas pueden tomar las decisiones necesarias con relación a la terapia y a la alimentación de su bebé.

Este indicador mide el porcentaje de mujeres con un embarazo reciente que completaron todos estos pasos. En vez de medir la cobertura en los establecimientos piloto únicamente, una encuesta demográfica a nivel de toda la población puede producir los datos de cobertura de los servicios de consejería y prueba voluntaria en la atención prenatal a nivel nacional.

Esta amplia medición de la provisión del servicio refleja la cobertura a nivel nacional. Sin embargo, pocos países tienen los recursos necesarios para implementar la consejería y las pruebas voluntarias para las mujeres embarazadas a nivel nacional. Los países que ofrecen servicios preventivos para las mujeres embarazadas VIH sero-positivas suelen comenzar con proyectos piloto en un reducido número de clínicas de atención prenatal. Aunque se ofrezca la consejería y las pruebas a todas las mujeres en las clínicas piloto, el indicador tenderá a mantenerse bajo durante cierto tiempo. Este indicador se debe usar en conjunto con el siguiente indicador: **Clínicas de Atención Prenatal que Ofrecen Servicios de CPV y que Refieren.**

Como sucede con un indicador sumario, este indicador no pretende diagnosticar en qué punto o momento se salen las mujeres del espectro de la atención. Para los propósitos de un programa, los gerentes pueden considerar importante saber si el resultado bajo del indicador sumario se debe a la poca utilización de los servicios prenatales por parte de las mujeres, a que no se les está ofreciendo la prueba a las mujeres que acuden a los servicios, a que no están aceptando el ofrecimiento de la prueba o a que se hacen la prueba pero no regresan a recoger el resultado. Cada uno de estos puntos de deficiencia tiene una implicación programática distinta y todos se pueden calcular con los datos recopilados para este indicador. El indicador sumario no pretende medir la calidad de la consejería u otros elementos de los servicios.

Implicaciones de Género de este Indicador

La disponibilidad de medicamentos antiretrovirales que pueden prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo incrementan el valor de la CPV para las mujeres embarazadas. Sin embargo, muchas mujeres rechazan las pruebas y el tratamiento. Los proveedores de salud deben comprender que la CPV conlleva riesgos importantes para las mujeres, que pueden incluir la violencia por parte de sus parejas y el ostracismo. Es necesario aplicar estándares estrictos de confidencialidad y privacidad para la CPV, así como para la fase del tratamiento (si este es necesario) para garantizar que las mujeres embarazadas tengan suficiente confianza en su propia seguridad para arriesgarse a hacerse la prueba. La falta de opciones para el tratamiento de la madre continúa siendo un serio obstáculo para prevenir la transmisión de madre a hijo.

Indicador

CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRENATAL QUE OFRECEN SERVICIOS DE CPV Y QUE REFIEREN

Definición

El porcentaje de las clínicas públicas de atención prenatal que ofrecen consejería y pruebas voluntarias para el VIH con personal capacitado o que pueden referir a los servicios de CPV

Los evaluadores hacen una selección aleatoria de algunas clínicas públicas en una encuesta a nivel de los establecimientos de salud, entrevistan al personal y revisan los expedientes para definir si algún miembro del personal clínico ha recibido capacitación en consejería y si rutinariamente la clínica ofrece a las clientes consejería sobre VIH en el embarazo, si ofrece las pruebas de VIH con consejería postprueba o si refieren a las clientes a los servicios externos que están calificados. También registran el volumen anual de las clientes de esa clínica.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de clínicas de atención prenatal que ofrecen pruebas voluntarias para el VIH y consejería postprueba con personal capacitado}}{\text{\# total de clínicas de atención prenatal}} \times 100$$

Los evaluadores luego pueden ponderar el resultado por el volumen de clientes.

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de la cantidad total de clínicas de atención prenatal y el número que ofrece servicios de CPV y que refieren a los servicios de CPV

Fuente(s) de Datos

La Guía de ONUSIDA para monitorear y evaluar los programas para la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo; el instrumento de ONUSIDA para evaluar la consejería y la prueba voluntaria

Propósito y Temas a Considerar

Las clínicas del sector privado suelen tomar el liderazgo en la oferta de servicios para las mujeres embarazadas e infectadas con VIH que pueden pagar las intervenciones. Estas intervenciones son relativamente caras, por lo que la meta de los programas nacionales es expandir su cobertura para atender a otros miembros de la sociedad con menos recursos, ofreciendo estos servicios en los establecimientos públicos. Por lo tanto, los evaluadores deben calcular este indicador sobre la base de la provisión de servicios en las clínicas del sector público. Sin embargo, los países que están haciendo esfuerzos por ampliar la capacitación en consejería al personal de atención prenatal del sector privado o a las parteras tradicionales querrán incluir también a estos grupos en el indicador.

Idealmente, la medición debe de incluir a todos los servicios de atención prenatal de un país específico, pero la cantidad de estos servicios suele ser demasiado grande para ser práctica, por lo que se adopta el sistema de muestreo.

Este indicador es de suma utilidad para los países que están promoviendo activamente la cobertura de servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo. Un incremento continuo del indicador puede ser reflejo de una constante expansión de la provisión de estos servicios. Sin embargo, si el muestreo se hace necesario, el indicador podría tomar bastante tiempo en reflejar el progreso alcanzado.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE TUVO RELACIONES SEXUALES DE ALTO RIESGO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Definición

La proporción de personas encuestadas que tuvieron relaciones sexuales con un(a) compañero(a) no cohabitante ni en unión conyugal durante los últimos 12 meses, entre todos los encuestados que reportan haber tenido actividad sexual durante los últimos 12 meses

Se pregunta a las personas encuestadas con relación a su condición conyugal y los(as) tres últimos(as) compañeros(as) que tuvieron durante los últimos 12 meses. Para cada compañero, se toman detalles del estado de convivencia, así como de la duración de la relación, el uso de condón y otros factores. El numerador son todas las personas encuestadas que reportan haber tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses con alguien que no es su cónyuge ni la persona con quien viven. El denominador para este indicador son todas las personas que reportan haber tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses.

El numerador debe excluir a los hombres polígamos que viven con varias esposas, a menos que también hayan tenido relaciones sexuales con otras mujeres que no son parte de su casa.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas encuestadas que reportan haber tenido una relación sexual con un(a) compañero(a) no cohabitante ni en unión conyugal, durante los últimos 12 meses}}{\text{\# total de personas encuestadas que reportan haber tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos)

Propósito y Temas a Considerar

La difusión del VIH depende de las relaciones sexuales sin protección con personas que también tienen otros(as) compañeros(as). La mayoría de relaciones monógamas suceden en estado de cohabitación, aunque lo opuesto no es necesariamente cierto. Los miembros de una pareja que no viven juntos—que solamente tienen relaciones sexuales ocasionales—son los que tienen más probabilidad de tener otras parejas en el transcurso de un año. Este tipo de asociación, por lo tanto, conlleva mayor riesgo de transmisión de VIH que los que se mantienen alejados de una red sexual más extensa. Los programas para prevenir el SIDA tratan de desalentar las parejas numerosas y recomiendan la monogamia mutua. Este indicador calcula la proporción de la población que lleva a la práctica relaciones de alto riesgo relativo y que, por lo tanto, está más expuesta a las redes sexuales en las que el VIH puede circular.

Este indicador ofrece un panorama general de los niveles de relaciones sexuales no-monógamas. Si las personas dejan de tener relaciones sexuales con todas sus parejas extraconyugales, el cambio será captado por cambios en el indicador. Sin embargo, si las personas sencillamente disminuyen de siete parejas extraconyugales a una, por ejemplo, el indicador no reflejará un cambio, aunque la reducción pueda tener un impacto significativo en la difusión de la epidemia de VIH y se pueda tomar como un éxito del programa.

Este indicador propone una definición distinta a la que comúnmente se usaba en el pasado para las “relaciones sexuales de alto riesgo.” Obviamente, si se hace un

cambio en la definición, se trastornarán los datos de tendencias en los países que han recopilado los datos usando una definición distinta a la que actualmente se propone. Sin embargo, este obstáculo se puede superar. El instrumento que se propone para recopilar los datos permite calcular simultáneamente tanto la antigua versión del indicador como la nueva. En la práctica, la diferencia ha sido pequeña con los datos que ya existen y que permiten hacer una comparación entre los dos indicadores. Este cambio se propone, en gran medida, porque algunos países reportan no estar satisfechos con los indicadores anteriores, debido ante todo a la dificultad que algunas personas encuestadas tienen para entender la definición de las parejas regulares o las no-regulares.

Indicador

PORCENTAJE QUE USÓ CONDOMES EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE ALTO RIESGO

Definición

El porcentaje de personas encuestadas que reportan haber usado un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal entre todas las personas que reportan haber tenido relaciones sexuales con este tipo de pareja durante los últimos 12 meses

Por cada pareja listada en los últimos 12 meses, se pregunta a la persona encuestada si usó un condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con esa pareja. Hay otras preguntas que permiten clasificar a las parejas como cohabitantes o no cohabitantes. El denominador de este indicador son todas las personas que reportan haber tenido al menos una pareja no cohabitante ni en unión conyugal en los últimos 12 meses (es decir, el numerador del indicador anterior: **Porcentaje de la Población que Tuvo Relaciones Sexuales de Alto Riesgo durante el Último Año**). El numerador es el número de personas del denominador que usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con su *última* pareja no cohabitante.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de personas encuestadas que reportan haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal}}{\text{\# total de personas encuestadas que reportan haber tenido relaciones sexuales con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal en los últimos 12 meses}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de autoreportes de las personas que responden a la encuesta

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos)

Propósito y Temas a Considerar

Si todas las personas usaran condones cada vez que tienen relaciones sexuales con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal, la epidemia del VIH heterossexualmente transmitido no tendría posibilidad de sustentarse. Aunque los programas contra el SIDA tratan de reducir las relaciones ocasionales, también deben promover el uso de condones en las relaciones sexuales ocasionales que todavía se dan si quieren tener éxito en contener la epidemia.

Un incremento en este indicador es una señal sumamente eficaz de que las campañas que promueven el uso de condones están teniendo el efecto deseado en la principal audiencia o mercado objetivo de las mismas.

Las campañas que promueven el uso de condones aspiran al uso consistente de condones con las parejas no-regulares y no simplemente al uso ocasional, por lo que algunas encuestas han tratado de preguntar directamente con relación al uso consistente usando una pregunta con el factor “siempre/algunas veces/nunca.” Esta pregunta puede ser útil en las encuestas entre subpoblaciones (ver abajo), pero está sujeta a sesgos de recordación y a otros sesgos; y no es lo suficientemente robusta como para usarse en una encuesta a nivel de toda la población. Las preguntas con relación a la última vez que se tuvo una relación sexual con una pareja no-cohabitante minimizan el sesgo de recordación y proporcionan un panorama adecuado de corte transversal con relación a los niveles del uso de condones. Sin embargo, los niveles más altos del uso de condones con las parejas no-permanentes será un reflejo del incremento del uso consistente de condones en general, por lo que este indicador apoya el objetivo del uso consistente de condones.

Implicaciones de Género de este Indicador

Es probable que las mujeres conozcan el efecto protector del condón, pero la negociación sexual entre la pareja depende del equilibrio de poder que haya entre los compañeros, que en la mayoría de situaciones pesa más a favor del hombre. Esto tiene varias consecuencias. Muchas mujeres carecen de capacidad negociadora para pedirle al compañero que use un condón o pueden estar renuentes a abordar el tema por la asociación que hay entre los condones, el sexo ilícito y las ITS. Algunas mujeres pueden sentir aprensión de exigir o negociar el uso de condón (o de negarse a tener relaciones sexuales si el compañero rehusa usar condones) por temor a la violencia de parte del compañero o a que se les perciba como infieles o promiscuas o por temor al abandono (lo que algunas mujeres consideran que tiene consecuencias más serias que tener relaciones sexuales sin protección) [ONUSIDA 1998].

Muchas mujeres pueden no estar teniendo “relaciones sexuales de alto riesgo” (lo que se define como relaciones sexuales con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal), pero aun así pueden estar expuestas a la infección de VIH dentro de una relación o unión conyugal monógama, particularmente cuando el uso de condones es raro entre los cónyuges o los compañeros regulares. Las normas culturales son indulgentes con respecto a las múltiples parejas sexuales para el hombre—disminuyendo así el efecto protector que una relación monógama tiene para las mujeres que no pueden controlar o que no están al tanto de las relaciones extraconyugales de sus compañeros (ONUSIDA, 1999a).

Indicador

PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TUVIERON SEXO COMERCIAL EN EL ÚLTIMO AÑO

Definición

El porcentaje de hombres que reportan haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora del sexo en los últimos 12 meses

Este indicador se propone *únicamente* para países con poblaciones bien definidas de trabajadoras del sexo (ver abajo). En las encuestas demográficas a nivel de toda la población o en las encuestas especializadas entre los grupos de hombres que encajan en el perfil de los clientes de las trabajadoras del sexo (miembros de las fuerzas armadas, choferes de camión, etc.), se pregunta directamente a los hombres si tuvieron relaciones sexuales con una trabajadora del sexo en los 12 meses anteriores.

Los países pueden tener diferentes tipos de trabajadoras del sexo que se pueden definir, cada uno con niveles distintos de riesgo percibido; sin embargo, para los fines del monitoreo y de la evaluación, los evaluadores pueden combinar todos estos grupos en un indicador del uso de sexo comercial.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de hombres que reportan haber tenido sexo con una trabajadora del sexo en los últimos 12 meses}}{\text{\# total de hombres encuestados}} \times 100$$

En algunos países, los evaluadores solían recopilar la información para este indicador, utilizando como denominador únicamente a los hombres sexualmente activos (y no a todos los hombres encuestados). Para que los datos de las tendencias puedan mantener su validez, recomendamos a los evaluadores calcular este indicador de las dos formas (es decir, utilizando en el denominador únicamente a los hombres sexualmente activos y utilizando a todos los hombres) a lo largo de un lapso de varios años.

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de autoreportes de las personas encuestadas.

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para adultos)

Propósito y Temas a Considerar

Cuando las epidemias están concentradas, el intercambio sexual entre los grupos con alta probabilidad de estar infectados y la población en general es de suma importancia. En casos de epidemias concentradas de carácter heterosexual, el foco de infección inicial ocurre entre las trabajadoras del sexo y sus clientes. Estos clientes difunden la infección posteriormente a sus esposas y novias dentro de la población en general, así como a otras trabajadoras del sexo. En situaciones como estas, los programas contra el SIDA suelen concentrarse en tratar de reducir la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con trabajadoras del sexo y en incrementar el uso de condones en estos encuentros. Este indicador mide el progreso alcanzado hacia la primera de estas metas.

El uso de este indicador es útil cuando hay epidemias concentradas de carácter heterosexual y en los países donde el sexo comercial (y particularmente el sexo a nivel de burdel) es una práctica común, como también en lugares donde una “prostituta” tiene un papel claramente definido. Por lo tanto, es probable que este indicador se utilice más en los países donde el sexo comercial ha jugado un papel predominante en la epidemiología del VIH (por ejemplo, en muchos países de Asia).

Se han hecho intentos para recopilar y analizar los datos usando una definición más amplia del sexo comercial (con preguntas como, ¿alguna vez ha dado o recibido dinero o regalos a cambio de sexo?), pero la información que se ha producido no es demasiado útil. Desde el

punto de vista epidémico, las trabajadoras del sexo constituyen grupos de interés porque tienen una rotación frecuente de parejas y, por lo tanto, sus probabilidades de estar expuestas o de transmitir la infección son también más frecuentes. Para muchas culturas, sin embargo, tener parejas numerosas solamente ocurre entre un pequeño número de las personas que “han recibido dinero o regalos a cambio de sexo.” Si no existe un término específico para definir la prostitución, es muy probable que este indicador no sea relevante para el programa y no debe utilizarse.

El indicador también tiene poca utilidad cuando hay epidemias con prevalencias muy altas, ya que es probable que no haya mayor diferencia entre el riesgo asociado con las relaciones sexuales con una trabajadora del sexo y el riesgo asociado con tenerlas con cualquier otra pareja ocasional.

Se puede construir un indicador similar para los clientes masculinos de los trabajadores del sexo masculinos para las encuestas especiales entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Indicador

PORCENTAJE DE JÓVENES QUE TUVIERON PAREJAS MÚLTIPLES DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Definición

De todos los jóvenes encuestados, el porcentaje de jóvenes (15-24) que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses

En una encuesta entre jóvenes de 15-24 años de edad, se pregunta a los encuestados con relación a sus compañeros(as) sexuales en el último año. Las personas que reportan más de una pareja sexual en los últimos 12 meses constituyen el numerador, y el denominador son todas las personas encuestadas

Los evaluadores deben reportar este resultado por separado para los hombres y para las mujeres. También se puede construir un indicador para jóvenes entre 15-19 años, para jóvenes <15 y para jóvenes de 20-24, según se considere apropiado.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de jóvenes (entre 15-24 años) que reportan haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses}}{\text{\# total de jóvenes encuestados}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de los autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de UNUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

Los mensajes con relación a la prevención del VIH para las personas jóvenes tienden a comenzar promoviendo la abstinencia y se enfocan también hacia la monogamia mutua. No obstante, las relaciones sexuales entre las personas jóvenes suelen ser inestables, por lo que aquellas relaciones que pretendían ser mutuamente monógamas pueden acabar y ser reemplazadas por otras relaciones en las que prevalezcan las mismas intenciones. La monogamia en serie no da suficiente protección contra la infección del VIH, particularmente cuando hay epidemias con prevalencia alta. Este indicador mide la proporción de personas jóvenes que estuvieron expuestas a más de una pareja sexual durante el último año; es decir, la proporción para quien falló el mensaje de “una sola pareja, mutuamente fiel.”

Este indicador no distingue entre las parejas que viven en unión marital y las que no. Rastrea toda relación con parejas múltiples sin importar su nivel de riesgo relativo. Hay un indicador similar para el comportamiento sexual entre las personas adultas (**Porcentaje de la Población que Tuvo Relaciones Sexuales de Alto Riesgo en el Último Año**), pero en ese sí se distingue entre las parejas en cohabitación o en unión conyugal y los demás tipos de parejas. Esta distinción se hace, en parte, para lidiar con el desafío que la medición afronta por aquellos hombres que viven en sociedades polígamas que pueden tener múltiples parejas dentro del matrimonio. Sin embargo, la poligamia entre los hombres menores de 25 años es bastante inusual, por lo que esta distinción se considera innecesaria en un indicador para jóvenes.

El indicador también está sujeto a sesgos de lo que se espera responda la persona encuestada y de lo que la sociedad quisiera que responda. Los jóvenes están saturados con mensajes sobre la necesidad de prevenir y se sentirán muy motivados a subreportar las parejas que tuvieron. Además, la presión social puede ser fuerte para que las mujeres den respuestas falsas.

Indicador

PORCENTAJE DE JÓVENES QUE USARON UN CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE ALTO RIESGO

Definición

De todos los jóvenes encuestados, el porcentaje de jóvenes (entre 15-24 años) que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y que usaron un condón en la última relación sexual con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal

En una encuesta demográfica a nivel de toda la población o en una encuesta a los jóvenes el entrevistador pregunta a todos(as) los(as) jóvenes encuestados(as) con relación a sus compañeros(as) sexuales a lo largo del último año. Para cada pareja reportada se establece el estado de cohabitación. Cuando se hace una encuesta demográfica a toda la población entre 15-49 años, el evaluador simplemente estratifica los datos por grupos de edad para calcular este indicador. El denominador son todas las personas jóvenes entre 15-24 años de edad. El numerador es el porcentaje de estas personas entre 15-24 años que reportaron el uso de condón en la última relación sexual con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal en los últimos 12 meses.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de jóvenes que reportan uso de condón en la última relación sexual con una pareja no cohabitante ni en unión conyugal}}{\text{\# total de jóvenes encuestados}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de los autoreportes de las personas encuestadas

Fuente(s) de Datos

La encuesta del Estado Mundial de la Población de ONUSIDA; el Módulo de SIDA de la DHS; las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para jóvenes)

Propósito y Temas a Considerar

El indicador incluye a las parejas no-conyugales de los jóvenes que están actualmente casados(as), así como a todas las parejas que reportan los jóvenes que todavía están solteros o que no tienen una relación lo suficientemente estable como para cohabitar con su pareja.

El indicador difiere del **Porcentaje que Usó Condonos en la Última Relación Sexual de Alto Riesgo** en que incluye en el denominador a todas las personas encuestadas y no solamente a las que reportaron haber tenido actividad sexual de alto riesgo en el último año.

El evaluador debe reportar el indicador a través del rango de edades de 15-24 años y por aparte para cada sexo. También puede reportar por aparte a los jóvenes de 15-19, de 20-24 y menores de 15 años cuando esto sea relevante.

Desde la perspectiva de promoción y defensa pública, este indicador de la conducta sexual de los jóvenes puede tener efectos influyentes. En los casos en que el indicador muestra niveles bajos de uso de condones y relaciones sexuales de alto riesgo entre los jóvenes, los programas necesitan concentrar sus esfuerzos alrededor de la abstinencia después de iniciada la actividad sexual, pero primordialmente deben promover el uso de condones. No obstante, es probable que existan restricciones importantes en los programas que prefieren no abordar la actividad sexual de los jóvenes.

Al igual que en el indicador anterior, **Porcentaje de Jóvenes que Tuvieron Parejas Múltiples en el Último Año**, este indicador detectará a todas las personas que no están casadas y que tienen relaciones sexuales, cuya proporción probablemente sea bastante alta, particularmente entre los varones. Además, detectará a los jóvenes casados(as) que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Este indicador está sujeto a los mismos sesgos de información que caracterizan a todas las encuestas sobre el comportamiento sexual: Dependiendo del grado de saturación de los esfuerzos del programa y/o de la existencia de tradiciones culturales o religiosas, las personas jóvenes están definitivamente más dispuestas que los adultos a dar información con relación a los detalles de su comportamiento sexual.

Indicador

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS QUE NO COMPARTIERON MATERIALES DE INYECCIÓN EN EL ÚLTIMO MES

Definición

El porcentaje de los usuarios activos de drogas intravenosas encuestados que reportan no haber compartido materiales de inyección ni una sola vez en el último mes

En una encuesta conductual entre los usuarios de drogas inyectadas, se pregunta a las personas encuestadas sobre sus hábitos de inyección. El indicador excluye a todas las personas que reportan haber compartido agujas, jeringas u otros materiales de inyección en algún momento durante el último mes. El denominador son todas las personas encuestadas que reportan haberse inyectado en el último mes.

Los cuestionarios deben especificar todo tipo de “equipo” que tenga relevancia en el ámbito local y que pueda implicar el intercambio de fluidos corporales.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de usuarios activos de drogas intravenosas que reportan no haber compartido materiales de inyección ni una sola vez durante el último mes}}{\text{\# total de personas encuestadas que reportan haberse inyectado durante el último mes}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los datos de autoreportes de los encuestados

Fuente(s) de Datos

Las Encuestas de Vigilancia Conductual de FHI (para usuarios de drogas intravenosas)

Propósito y Temas a Considerar

Un mecanismo extraordinariamente eficaz para difundir el VIH es compartir materiales de inyección entre los usuarios de drogas intravenosas que están infectados con VIH y los que no están infectados. El riesgo de infectarse con una sola acción de inyección es tan alto que los programas deben aspirar a detener totalmente este comportamiento y no solo a disminuir la práctica de compartir materiales entre los usuarios de drogas.

Este indicador mide las tendencias en la práctica consistente con comportamientos seguros entre los usuarios de drogas que se siguen inyectando.

Tal como ocurre con todos los indicadores que se miden entre los usuarios de drogas intravenosas, la mayor dificultad que se enfrenta es el acceso a los usuarios. El muestreo aleatorio es prácticamente imposible y el muestreo por conveniencia está sujeto a sesgos muchas veces impredecibles. Por lo tanto, es difícil definir la medida en que las personas encuestadas representan a toda la población usuaria de drogas intravenosas. Cuando la representatividad de la muestra es variable, las tendencias a lo largo del tiempo son difíciles de interpretar.

Estas encuestas producen información con relación a las personas identificadas como miembros de una comunidad de usuarios de drogas intravenosas. En respuesta a las intervenciones relacionadas con el VIH, algunos usuarios de drogas inyectadas dejan de usar drogas por completo o cambian a drogas no inyectadas. El indicador rastrea cambios en las prácticas de inyección de alto riesgo a lo largo del tiempo entre las personas que se siguen inyectando drogas, por lo que en el denominador se excluye a las personas que han dejado de inyectarse.

Algunos programas educativos se han dedicado a promover la esterilización de agujas entre los usuarios de drogas. Estos pueden seguir inyectándose y aún compartiendo agujas, pero ahora esterilizadas entre cada uso. No obstante, es difícil medir el nivel de éxito de los esfuerzos individuales para esterilizar los materiales de inyección. La experiencia en algunos ámbitos ha demostrado que la inadecuada limpieza de este equipo es común, por lo que los programas han dejado de promover la limpieza de los materiales de inyección como método preventivo y prefieren concentrar sus esfuerzos en detener totalmente la práctica de compartir materiales de inyección. El numerador de este indicador incluye, de todas las personas que tienen comportamientos de riesgo, a todos los usuarios de drogas intravenosas que esterilizan, pero que todavía comparten sus materiales de inyección.

Este indicador limita el denominador a únicamente las personas que se han inyectado en el último mes, por lo que es un indicador muy sensible a las tendencias recientes en las prácticas de inyección. Los países que no tienen políticas consistentes con relación al uso seguro de drogas intravenosas podrán observar grandes variaciones en este indicador. Las medidas enérgicas de la policía hacia los usuarios, hacia los distribuidores o hacia los servicios de apoyo como los centros para el intercambio de agujas pueden conducir a cambios drásticos en las prácticas de inyección en un período de tiempo muy corto.

Por otra parte, el indicador está sujeto a serios sesgos de recordación. Dependiendo del escenario local del uso de drogas, los usuarios podrían estarse inyectando varias veces al día, por lo que puede ser difícil que recuerden las circunstancias de cada acción de inyección durante los últimos 30 días.

Indicador

PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE PARA TRANSFUSIÓN QUE FUERON TAMIZADAS

Definición

El porcentaje de unidades de sangre transfundidas en los últimos doce meses que fueron tamizadas adecuadamente para el VIH conforme a los estándares nacionales o a los de la OMS

El indicador necesita tres segmentos de información: El número de unidades de sangre transfundidas en los 12 meses anteriores, el número de unidades de sangre que fueron tamizadas para el VIH en esos 12 meses y, de las unidades tamizadas, el número de unidades que fue tamizada conforme a los estándares nacionales o de la OMS.

Los datos del número de unidades transfundidas y tamizadas para el VIH deben estar disponibles en los informes del SIG de salud, y la calidad del tamizaje se puede definir con un estudio especial que someta una muestra previamente tamizada a una nueva prueba o evaluando las condiciones del tamizaje. Cuando este enfoque no es factible para calcular los datos que el indicador requiere, se pueden usar los datos del porcentaje de establecimientos que mantienen registros adecuados del tamizaje y de las transfusiones de sangre y que no sufren desabastecimientos de los kits para hacer el tamizaje.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses que fueron adecuadamente tamizadas para el VIH}}{\text{\# total de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Los registros del programa

Fuente(s) de Datos

Protocolos para la seguridad de la sangre del Proyecto MEASURE *Evaluation*

Propósito y Temas a Considerar

Los programas que trabajan para velar por la seguridad de la sangre pretenden garantizar que la gran mayoría (idealmente el 100 por ciento) de unidades de sangre se tamicen para el VIH y que las unidades que se incluyen en los bancos de sangre de un país de verdad no estén infectadas. Ha quedado demostrado que este no es el caso en muchos países y que algunas unidades no se tamizan en lo absoluto; otras se tamizan por personal inadecuadamente capacitado que usa equipo obsoleto o insumos insuficientes. Tener instalaciones inadecuadas para el manejo seguro de la sangre significa que algunas muestras de sangre se tamizan usando pruebas de anticuerpos en un momento en que el donante ya ha sido infectado con el VIH, pero no ha desarrollado los anticuerpos para el virus. Todos estos factores juntos significan que una buena parte de las unidades de sangre se clasifica como segura, aunque en realidad esté infectada. Este indicador refleja el porcentaje total de las unidades de sangre que se tamizan conforme a estándares lo suficientemente altos como para ser declaradas libres del VIH.

Cuando hay suficiente información para construir el indicador, esta medición da un índice confiable del nivel de seguridad del abastecimiento de sangre en general. Sin embargo, los cambios en el indicador pueden reflejar que hay cambios en la proporción de unidades de sangre tamizadas o en la calidad de los procesos de tamizaje. El indicador también puede reflejar el resultado de una campaña exitosa para reducir las transfusiones innecesarias, porque el total de las unidades transfundidas disminuiría, así como la proporción de las que se tamizan, conforme a los estándares de la OMS o los nacionales; por lo tanto, debería de aumentar. Sin embargo, para fines programáticos, los distintos elementos del indicador se deben reportar por separado. Cuando los sistemas de salud están descentralizados, o cuando el sector privado participa en el tamizaje de la sangre y en la administración de los bancos de sangre, puede ser difícil obtener información suficientemente buena para construir un indicador confiable a nivel nacional. En este caso, probablemente sea necesario

seleccionar los hospitales centinela y los laboratorios, tanto del sector público como del privado, para realizar encuestas a nivel de los establecimientos con relación a la calidad de las transfusiones y el tamizaje de la sangre.

Indicador

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ITS QUE HAN TENIDO UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO APROPIADO

Definición

De todos los pacientes con ITS que acuden a los establecimientos de salud seleccionados, el porcentaje de pacientes a los que se les hace un buen diagnóstico y reciben el tratamiento apropiado conforme a los estándares nacionales

Los evaluadores recogen los datos para este indicador por la observación directa y de entrevistas con los proveedores de los establecimientos de salud que ofrecen atención para las ITS y que han sido seleccionados para el estudio. A los proveedores se les evalúa en función del registro de la historia clínica, del examen y del tratamiento que dan a los pacientes. Para poder incluir a un cliente en el numerador del indicador, el proveedor debe tener, para los tres elementos, una calificación positiva en su interacción con el cliente.

Los expertos en investigar protocolos han puesto a la prueba varias metodologías para recopilar estos datos. En vez de, o en ciertos casos además de, la observación y las entrevistas con los proveedores, los datos se han recopilado con entrevistas de salida, con clientes y con la interacción con clientes “incógnitos”—es decir, con observadores haciéndose pasar por clientes.

El diagnóstico y el tratamiento “apropiados” se evalúan conforme a los estándares nacionales que rigen los servicios de ITS. En los países en desarrollo, estos estándares comúnmente incluyen protocolos para el manejo sindrómico de los patógenos de transmisión sexual más comunes en el país, incluido el tratamiento con los medicamentos indicados en los listados nacionales de medicamentos. Dependiendo de la habilidad diagnóstica del proveedor, algunos países consideran apropiado el manejo sindrómico o el etiológico. Cuando no hay estándares nacionales disponibles, se pueden usar los estándares de la OMS para el manejo sindrómico de las ITS como guía para evaluar el tratamiento apropiado.

Dato(s) Requerido(s)

La evaluación por parte de un experto externo

Fuente(s) de Datos

Los estándares revisados para evaluar servicios de ITS de la OMS/ONUSIDA; la herramienta de Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS) del Proyecto MEASURE

Propósito y Temas a Considerar

Los programas de ITS se están enfocando cada vez más hacia el manejo sindrómico de las ITS como un enfoque más práctico en situaciones en las que la prevalencia es alta y los recursos son limitados. Este giro hacia el manejo sindrómico ha incrementado la cobertura potencial de la atención, ya que presenta menos obstáculos en el diagnóstico, aunque la capacitación de las enfermeras y de otros proveedores de salud que son nuevos al enfoque, y muchas veces a la atención de ITS en general, ha requerido una enorme inversión.

Este indicador refleja el éxito de dicha capacitación, combinado con los esfuerzos por garantizar el abastecimiento adecuado de medicamentos y de otros insumos necesarios en los puntos donde se atiende a los pacientes que solicitan atención de ITS.

En este contexto, la selección de los PES es importante. Por tradición, este indicador se ha aplicado primordialmente en las clínicas de ITS del sector público, debido a que la capacitación inicial para el manejo sindrómico se hizo para los empleados del sector público. Sin embargo, los pacientes con ITS suelen buscar el tratamiento en otros sectores—ya sea en las clínicas del sector privado, en las farmacias o con curanderos tradicionales. Algunos países han comenzado a incluir a estos grupos en los programas de capacitación para el manejo sindrómico de las ITS y las evaluaciones que utilizan este indicador se han llevado a cabo exitosamente entre los mismos. La

selección de los PES a encuestar debe incluir a proveedores de servicios representativos de cualquier sector que haya recibido capacitación en el manejo sindrómico de las ITS.

Este indicador se utiliza en muchas partes y su factibilidad está comprobada. El proceso de recopilación de datos ha utilizado la observación directa, pero también las entrevistas con los proveedores para fines de validación de los datos. Se ha discutido mucho con relación al sesgo que estas dos metodologías puedan dar a los datos, ya que se cree que los proveedores se desempeñan mejor cuando se les está observando que cuando actúan normalmente o que tienden a reportar más diagnósticos o tratamientos “acertados” de los que realmente han hecho, reduciendo falsamente las brechas entre el conocimiento y la práctica. Las metodologías de entrevistas de salida con los clientes y con pacientes incógnitos han demostrado ser factibles, comprobando además que tienen menos sesgos de los que se pensaba. La brecha entre el conocimiento y la práctica

en el área de tratamiento de las ITS suele deformar los resultados, porque los proveedores de servicio no siguen los protocolos “correctos,” y eso simplemente porque saben que los medicamentos no están disponibles o que son imposibles de financiar. Por lo tanto, recomendamos a los evaluadores presentar este indicador junto con los indicadores de disponibilidad de los medicamentos.

Al igual que ocurre con todos los indicadores compuestos, las mejoras en ciertas áreas pueden esconder el deterioro en otras. Si el servicio en un área es inadecuado, el establecimiento obtendrá una calificación inadecuada en el indicador, aunque la provisión de servicios en otras áreas haya tenido un progreso significativo. Los gerentes de los programas necesitan las calificaciones por separado por cada área de conocimiento y por el desempeño, para poder identificar las áreas que presentan debilidades y mejorar el desempeño del programa.

Indicador

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ITS QUE RECIBEN ORIENTACIÓN SOBRE EL USO DEL CONDÓN Y NOTIFICACIÓN A LA PAREJA Y QUE SON REFERIDOS A TOMAR UNA PRUEBA DE VIH

Definición

El porcentaje de pacientes con ITS que reciben orientación sobre el uso de condón y notificación a la pareja y que se les refiere para una prueba de VIH

Los indicadores anteriores solamente incluían los dos primeros elementos de este indicador. Para que un cliente pueda ingresar al numerador de este indicador, el proveedor de salud tiene que recibir una calificación positiva, tanto para la orientación sobre el uso de condón como para la orientación sobre notificación a la pareja. Este indicador incluye un tercer elemento que tiene que existir: La referencia para una prueba voluntaria de VIH. Sin embargo, si la política nacional no incluye referir a los pacientes con ITS a los servicios que ofrecen consejería y pruebas para el VIH, o si los servicios de CPV no están disponibles y el programa nacional del SIDA no los promueve activamente, el indicador debe excluir del indicador la referencia para CPV del VIH. Los datos para este indicador se obtienen de encuestas en los establecimientos, utilizando la observación directa de la interacción entre los proveedores de salud y los clientes.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de pacientes con ITS a los que se da orientación sobre el uso de condón y notificación a la pareja y que se les refiere para una prueba de VIH}}{\text{\# total de pacientes con ITS}} \times 100$$

Debido a las razones que se dan más adelante, el evaluador debe reportar los diferentes componentes de este indicador por separado.

Dato(s) Requerido(s)

La evaluación por un experto externo

Fuente(s) de Datos

Los estándares revisados para evaluar servicios de ITS de la OMS/ONUSIDA; la herramienta de Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS) del Proyecto MEASURE

Propósito y Temas a Considerar

Los servicios para las ITS intentan prevenir la recurrencia de ITS promoviendo el uso del condón y recomendando que se trate a las parejas para evitar la reinfección (y no sólo dando tratamiento a la persona infectada). Cada vez es más común que los servicios para ITS sirvan como punto de entrada para referir a los clientes para pruebas voluntarias de VIH, por lo que este indicador mide el grado en que estos aspectos de la provisión de servicios para las ITS están funcionando.

Si un cliente está en una clínica para tratar ITS, es obvio que los esfuerzos para promover una conducta segura fallaron. Esta medición no pretende evaluar el éxito de las iniciativas preventivas, sino el grado en que los proveedores de salud cumplen con los estándares establecidos.

El sesgo de los datos con la metodología de observación es algo que preocupa a los investigadores, ya que asumen que los proveedores de salud se desempeñan mejor cuando se les observa que lo que normalmente lo harían. También se ha sugerido que las entrevistas de salida con clientes pueden ser más costo-eficaces para recopilar este indicador que la interacción observada. Sin embargo, los clientes también pueden reportar erróneamente el contenido de la consejería, por lo que se requiere hacer más investigación para definir la fiabilidad de las entrevistas de salida para recopilar los datos de este indicador.

La promoción del condón, la orientación para referir a la pareja y la referencia para la prueba de VIH, todos son, en efecto, actividades distintas, por lo que el valor de un indicador a nivel agregado en este campo es un tanto limitado, al menos para el personal del

programa. Por otra parte, la referencia para la prueba de VIH depende de la disponibilidad de estos servicios a nivel local. Y el añadir este componente trastornará las tendencias de los datos a lo largo del tiempo en los países que han calculado un indicador distinto en el pasado. Por todas estas razones, el evaluador debe tener un cuidado especial en reportar los tres elementos de este indicador por separado.

Indicador

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS QUE PROVEEN SERVICIOS PARA ITS CON EXISTENCIAS ADECUADAS DE LOS MEDICAMENTOS

Definición

El porcentaje de establecimientos que proveen atención para ITS que actualmente tienen existencias de los medicamentos esenciales para las ITS y no han sufrido desabastecimientos de más de una semana en los 12 meses anteriores

Los países que promueven el manejo sintomático de las ITS suelen tener protocolos para recetar medicamentos para cada síndrome, así como un listado nacional que incluye los medicamentos relevantes. Para medir este indicador, la lista de verificación del inventario debe incluir los medicamentos necesarios para tratar cada uno de los síndromes importantes. La disponibilidad actual de los medicamentos asignados se define en una encuesta con una muestra aleatoria de los establecimientos que proveen servicios para las ITS. La encuesta pregunta al personal clínico respecto a posibles desabastecimientos durante los últimos 12 meses y se revisan los registros de inventario para ese período, registrándose además el número de clientes. El marco del muestreo para seleccionar a los establecimientos puede incluir a las clínicas privadas, a los hospitales y a los servicios no gubernamentales, además de los establecimientos públicos.

Los evaluadores pueden construir el indicador ponderando cada establecimiento por su carga de clientes, ya que una fisura en las existencias de una clínica pequeña en el área rural tendrá menos impacto en la epidemia a nivel nacional que un desabastecimiento en una clínica urbana grande que atiende mucho más pacientes.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de establecimientos que proveen servicios para ITS, que tienen existencias actuales de los medicamentos esenciales para ITS y que no han sufrido desabastecimientos}}{\text{\# total de establecimientos de salud que proveen servicios para ITS}} \times 100$$

Dependiendo de la política nacional, el indicador puede incluir distintos tipos de establecimientos que ofrecen servicios de atención del VIH, como los servicios integrales de salud reproductiva, los establecimientos del sector privado y las farmacias que han recibido capacitación especial para proveer atención para las ITS.

Dato(s) Requerido(s)

La evaluación por un evaluador externo

Fuente(s) de Datos

Los estándares revisados para evaluar servicios de ITS de la OMS/ONUSIDA; la herramienta de Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS) del Proyecto MEASURE

Propósito y Temas a Considerar

Está muy bien que el registro de la historia clínica esté correcto, que el diagnóstico sea acertado y que se receten los medicamentos adecuados; pero si los medicamentos no están disponibles, estos procedimientos no se convertirán en casos curados y, por lo tanto, no reducirán la probabilidad de infección con VIH.

Los programas nacionales de SIDA comprometidos a mejorar la atención de las ITS han invertido tiempo y dinero en mejorar los servicios de distribución de los medicamentos y en tratar de garantizar la manufactura o importación adecuada de medicamentos para el manejo sintomático de las ITS. Este indicador mide la eficacia de dichos esfuerzos para garantizar que los proveedores de salud tengan un abastecimiento consistente de los medicamentos que necesitan para trabajar con eficiencia.

Este indicador es una buena medición para el abastecimiento constante de medicamentos a los establecimientos que proveen servicios para las ITS y proporciona una medición mínima de la disponibilidad de medicamentos. Sin embargo, los clientes suelen comprar medicamentos de otras fuentes aunque hayan recibido el diagnóstico en un establecimiento específico de ITS. En efecto, en los países en que el control de

existencias de medicamentos es poco estricto, el desabastecimiento en una clínica pública podría significar simplemente que los insumos se desviaron a otro establecimiento cercano. Esta negligencia probablemente influye en el costo del medicamento para el cliente (y, por lo tanto, en su accesibilidad), aunque no necesariamente afecte la disponibilidad física del medicamento.

Aquí nuevamente, la selección de los establecimientos que atienden las ITS puede tener influencia en el indicador, por lo que la encuesta a los establecimientos debe tratar de incluir una mezcla de las principales categorías de proveedores, tanto del sector público como del privado.

Indicador

NÚMERO/PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON CAPACIDAD DE PROVEER LA ATENCIÓN APROPIADA A LOS PACIENTES INFECTADOS CON VIH

Definición

El número y el porcentaje de los establecimientos de salud en distintos niveles del sistema que tienen la capacidad de proveer, conforme a los estándares nacionales, la atención paliativa apropiada, el tratamiento de las infecciones oportunistas y los servicios de referencia para los pacientes infectados con VIH

Los establecimientos se evalúan con una encuesta a nivel de los establecimientos, que incluye una inspección del establecimiento, entrevistas con los proveedores del servicio y una revisión de los registros que valora los establecimientos de salud contra una lista de verificación estándar. Esta lista de verificación, o de chequeo, se modificará conforme a los estándares locales y diferirá según el nivel de la institución dentro del sistema de atención de la salud. La lista incluye, por lo general, la disponibilidad de personal capacitado, la idoneidad de las instalaciones para hacer diagnósticos, la idoneidad de las medidas sanitarias, la idoneidad de la atención asistencial, los procedimientos para el mantenimiento de los registros, la consejería preventiva y el servicio de referencia a los niveles superiores de atención y a las instituciones de apoyo de la comunidad, según corresponda.

La valoración de las condiciones y los servicios “adecuados” o “apropiados” debe cumplir con los estándares nacionales para la atención de los pacientes infectados con VIH. La misma falta de estándares indica, de por sí, que los servicios de atención y apoyo para las personas infectadas con VIH probablemente son inadecuados. Sin embargo, cuando no los hay, estos se pueden sustituir con los estándares internacionales que está desarrollando la OMS para definir los estándares contra los que se deben medir los establecimientos.

Este indicador no incluye la disponibilidad de medicamentos y procedimientos para prevenir la transmisión accidental de VIH en los ámbitos de salud porque hay otros indicadores por aparte que cubren este aspecto.

El indicador es el número de establecimientos de salud que tienen una calificación igual o mejor que la calificación mínima para tener la capacidad adecuada para atender a los pacientes infectados con VIH, dividido por la cantidad total de establecimientos encuestados. Para fines programáticos, los datos deben desagregarse por el nivel del establecimiento, así como por el área en que provee los servicios.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ de establecimientos con capacidad para proveer atención paliativa apropiada, tratamiento de las infecciones oportunistas y referencia a los pacientes infectados con VIH}}{\# \text{ total de establecimientos de salud}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

La evaluación de la idoneidad de la atención a pacientes infectados con VIH por un evaluador externo

Fuente(s) de Datos

Protocolo preliminar de la OMS para evaluar la atención y el apoyo para VIH/SIDA; protocolo de ONUSIDA para evaluar la atención y el apoyo

Propósito y Temas a Considerar

Durante los primeros años de la epidemia del VIH, a los pacientes con condiciones asociadas con el VIH se les refería automáticamente a las instituciones del nivel terciario de atención, porque los servicios en otros niveles de atención no tenían ni el personal capacitado ni la capacidad para darles la atención apropiada. Muchas veces ni siquiera había estándares para definir lo que constituye un tratamiento “apropiado” y la constante referencia a los niveles superiores de atención lógicamente condujo al uso ineficiente de recursos dentro del sistema de salud.

En el transcurso de los últimos años, se han hecho esfuerzos para garantizar que las condiciones relacionadas con el VIH se manejen en los niveles apropiados dentro del sistema de salud; y se hacen las

referencias necesarias en la dirección que corresponda cuando se presenta el caso. Muchos países han desarrollado los estándares nacionales para orientar a los proveedores de salud con relación a la atención apropiada de los pacientes infectados con VIH. La atención paliativa y el tratamiento de las infecciones oportunistas más comunes y de menor importancia se pueden atender en el nivel primario de atención, mientras que las infecciones oportunistas más complejas se refieren a los niveles superiores de atención, siendo necesario, además, referir a los pacientes para que reciban apoyo social y psicológico cuando se considere apropiado.

Este indicador mide el grado en que los servicios de salud tienen la capacidad de satisfacer las necesidades del tratamiento, la atención y la referencia de los pacientes infectados con VIH en los niveles apropiados del sistema de atención de salud, conforme a los estándares nacionales.

El indicador es un compendio de los diversos aspectos de la provisión de servicios y de la atención, que deben obtener una calificación mínima para que el

establecimiento pueda incluirse en el numerador del indicador. Los servicios tienden a mejorar irregularmente, particularmente en los ámbitos que tienen los recursos restringidos, por lo que el resultado del indicador puede permanecer bajo durante cierto tiempo. Al desagregar los datos se podrá saber en cuáles áreas han mejorado los servicios y cuáles siguen atrasadas.

La calificación de los componentes del indicador inevitablemente incluye cierto nivel de subjetividad, la cual puede influir en las comparaciones entre los países, así como en las tendencias a lo largo del tiempo, si cambia el equipo a cargo del monitoreo.

El indicador incluye a los establecimientos de distintos niveles de atención, por lo que no debe ponderarse por la carga de clientes que reciben. Si se ponderara por la carga de clientes, las instituciones del nivel terciario y los hospitales de referencia probablemente tendrían una influencia excesiva en el indicador a pesar de que la mayoría de los pacientes entran en primer contacto con el sistema de salud en el nivel primario de atención.

Indicador

PREVALENCIA DE VIH ENTRE MUJERES EMBARAZADAS DE 15-24 AÑOS DE EDAD

Definición

El porcentaje de muestras de sangre tomadas de mujeres entre 15-24 años de edad durante la vigilancia centinela rutinaria en las clínicas de atención prenatal seleccionadas, con un resultado positivo de VIH

Los datos para este indicador se obtienen del sistema nacional de vigilancia centinela para el VIH. El indicador se calcula utilizando pruebas anónimas no vinculadas para detectar VIH en las muestras de sangre tomadas de mujeres que acuden a las clínicas centinela de atención prenatal, las cuales son seleccionadas para reflejar las divisiones de índole urbana-rural, étnica y otras divisiones socio-geográficas de un país.

Para calcular este indicador de la prevalencia VIH, se deben utilizar únicamente los resultados del tamizaje no vinculado y anónimo a las muestras de sangre tomadas para otros propósitos, aun cuando existen lugares donde se ofrece simultáneamente consejería y prueba voluntaria para detectar VIH en las mujeres embarazadas para reducir la transmisión de madre a hijo. Los sesgos de rechazo y otros sesgos de participación, comparados con otros sistemas para pruebas, se reducen considerablemente con las pruebas no vinculadas y anónimas para detectar VIH.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres embarazadas entre 15-24 años de edad que tuvieron un resultado positivo en la prueba VIH}}{\text{\# total de mujeres de 15-24 años de edad a las que se hizo la prueba}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Resultados de las pruebas para seropositividad VIH

Fuente(s) de Datos

La Vigilancia de Segunda Generación de ONUSIDA/OMS; los lineamientos de la OMS para la vigilancia del VIH

Propósito y Temas a Considerar

Por definición, las mujeres embarazadas han tenido relaciones sexuales sin protección en algún momento durante los últimos diez meses. Los niveles de infección VIH en estas mujeres no reflejan los niveles en las mujeres que no están teniendo relaciones sexuales, que son infértiles o que usan sistemáticamente la anticoncepción, incluido el uso de métodos de barrera, como el condón, que también previenen la transmisión del VIH.

Al limitar el indicador a mujeres menores de 25 años, se obtiene un panorama de las tendencias recientes de la infección. La mayoría de infecciones en este grupo de edad son relativamente nuevas y los datos de estas mujeres más jóvenes están también menos sujetos a sesgos que los datos para el lapso de toda la vida reproductiva. El indicador se reporta para mujeres entre 15-24 años de edad. Sin embargo, recomendamos enfáticamente que el evaluador reporte dos cifras por separado: Una para las mujeres entre 15-24 años de edad y otra para las mujeres entre 15-49 años de edad a lo largo de toda su vida reproductiva. Muchos países no han reportado la prevalencia de VIH desglosado por edad; no obstante, es importante que se siga reportando una cifra para la prevalencia de VIH de las mujeres entre 15-49 años de edad para poder comparar las tendencias a lo largo del tiempo.

Se puede aprovechar un poco más de información observando la prevalencia de VIH por la paridad de la madre. Este tipo de información se suele recopilar de manera rutinaria en los sistemas de vigilancia centinela. El análisis de las tendencias entre las mujeres que tienen una paridad de 0 y 1 combinadas es otro buen indicador de las tendencias de la incidencia del VIH entre las mujeres jóvenes.

En los países en que la epidemia tiene un origen heterosexual, el indicador da una idea bastante confiable de las tendencias relativamente recientes de la infección por VIH a nivel nacional. En las áreas donde la mayor parte de la infección por VIH continúa estando limitada

a las subpoblaciones que tienen comportamientos de muy alto riesgo, el indicador es menos confiable como indicador de las tendencias generales de la epidemia. Aun en países con epidemias heterosexuales generalizadas, existen grandes diferencias en las tendencias de la infección por VIH por región, por etnia y por otros factores. Estas diferencias se pierden si se agregan los datos en una sola cifra para todo el país. Para fines programáticos, la prevalencia se debe reportar siempre por separado según el lugar donde ocurra, así como con una sola cifra a nivel nacional. Sin embargo, por la posible sensibilidad política de los resultados, los evaluadores deben tener cautela al reportar las estimaciones de la prevalencia por el lugar en donde ocurren los casos.

En el pasado, los tamaños de las muestras en la vigilancia centinela regular se seleccionaban para medir los cambios de las tendencias para el rango completo de las edades comprendidas entre los 15 y 49 años. Probablemente, el número de casos para cada grupo de cinco años era demasiado pequeño para producir datos fiables de las tendencias, particularmente para los sitios centinela en lo individual. Para construir

un indicador fiable sobre la base de un rango de edades más reducido, se requieren tamaños muestrales más grandes para los grupos de menor edad.

Indudablemente, las tendencias de la infección VIH entre las mujeres embarazadas no reflejarán adecuadamente algunos de los cambios de comportamiento más importantes que promueven los programas del SIDA, es decir, la abstinencia y el uso consistente de condones entre todos los grupos poblacionales y no solamente entre las clientes de atención prenatal. Como mencionábamos antes, las tendencias de la infección por VIH están llenas de diversos tipos de sesgos. La prevalencia entre las mujeres embarazadas refleja las tendencias de la prevalencia entre el público en general, pero no refleja en términos precisos los niveles entre todas las mujeres y, mucho menos, entre todos los hombres.

Para lograr mayor fuerza explicativa, los evaluadores deben reportar los datos de la prevalencia junto con otros datos conductuales (por ejemplo, la edad promedio a la primera relación sexual o el uso de condón en la última relación sexual).

Indicador

PREVALENCIA DE VIH EN SUBGRUPOS POBLACIONALES CON COMPORTAMIENTOS DE ALTO RIESGO

Definición

Prevalencia de VIH entre los miembros de subgrupos específicos de la población con muy alto riesgo de contraer o difundir el VIH

El rastreo del VIH entre subgrupos específicos de la población puede ser logística y éticamente difícil, particularmente si los grupos están marginados o si sus actividades son ilegales. El muestreo y el cálculo del volumen total de esas poblaciones son factores clave. Para interpretar el indicador, es preciso entender muy bien cómo se relaciona la población muestral con una población más grande que comparte comportamientos de riesgo similares. Para algunos grupos será necesario utilizar estrategias de muestreo a nivel de la población. Para otros, hay sitios centinela disponibles. Los sitios centinela para estas poblaciones tienden a estar vinculados con la provisión de servicios de salud; por ejemplo, una clínica de salud para hombres en un área con una alta concentración de bares para homosexuales o un centro de rehabilitación para las drogas.

El indicador es el número de miembros del subgrupo de población en riesgo con resultado sero-positivo en la prueba VIH en los sitios centinela del subgrupo dividido entre el total de los miembros del subgrupo en riesgo que se hicieron la prueba VIH.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de miembros de un subgrupo poblacional en riesgo con resultado sero-positivo de la prueba VIH}}{\text{\# total de miembros del subgrupo de población en riesgo que se hicieron la prueba}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Resultados de la prueba para sero-positividad VIH

Fuente(s) de Datos

Los Estándares para la Vigilancia de Segunda Generación de ONUSIDA/OMS, las guías de FHI para el muestreo de los subgrupos poblacionales

Propósito y Temas a Considerar

En países con epidemias concentradas, rastrear la infección por VIH entre las mujeres embarazadas puede ser un desperdicio de recursos. De cualquier forma, la mayor parte de las intervenciones en epidemias concentradas se suelen enfocar en los comportamientos, o en los grupos que más contribuyen a la expansión de la epidemia. En una epidemia concentrada, estos suelen incluir uno o más de los siguientes subgrupos: Los usuarios de drogas intravenosas, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las trabajadoras comerciales del sexo y los clientes frecuentes de estas últimas.

El diseño de un sistema de vigilancia de segunda generación debe tomar en cuenta la condición de la epidemia. En países con epidemias concentradas o de un grado bajo, la vigilancia para detectar el virus de VIH y la vigilancia de los comportamientos deben enfocarse en los grupos en los que se concentran tanto la infección como las intervenciones. Los cambios en la prevalencia de VIH entre estos grupos deben reflejar el éxito o el fracaso de los esfuerzos preventivos.

Debido a que el acceso a estos subgrupos es bastante complicado, los sesgos de los datos de sero-vigilancia entre las subpoblaciones probablemente son mucho mayores (y mucho menos predecibles) que los de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal. Por ejemplo, en los casos en que los sitios centinela proveen servicios de salud a la subpoblación en estudio, es probable que el uso del establecimiento esté asociado con problemas que, a su vez, están relacionados con la infección VIH.

Resulta particularmente difícil minimizar los sesgos asociados con la edad, porque la edad de participación

en los comportamientos de muy alto riesgo tiene grandes diferencias. Por lo tanto, no se recomienda simplemente limitar el análisis a las personas jóvenes, como ocurre en los sitios centinela de atención prenatal.

A pesar de estos problemas, en epidemias concentradas es esencial rastrear la infección de VIH en personas con comportamientos de muy alto riesgo. Es probable que la información no sea perfecta. Sin embargo, para mantener el apoyo a los programas preventivos en subgrupos poblacionales de importancia crítica, es esencial tener algún tipo de medición del progreso alcanzado o de la falta de progreso.

Indicador

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS QUE SON HUÉRFANOS

Definición

Porcentaje de niños menores de 15 años cuya madre, padre, o ambos progenitores, han muerto

En una encuesta de hogares o en un censo nacional, se pregunta a las personas entrevistadas la edad de todos los niños que viven en el hogar; y se les pregunta también si la madre y el padre de estos niños están vivos. El numerador de este indicador son los niños que actualmente tienen menos de 15 años, cuya madre o(y) cuyo padre ha(n) muerto. El denominador son todos los niños que actualmente tienen menos de 15 años y que fueron mencionados por las personas encuestadas.

Resulta útil clasificar los resultados por orfandad materna, por orfandad paterna y por orfandad doble.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de niños menores de 15 años cuya madre y/o cuyo padre ha(n) muerto}}{\text{\# total de niños menores de 15 años mencionados por las personas encuestadas}} \times 100$$

Dato(s) Requerido(s)

Las respuestas de las encuestas de hogares

Fuente(s) de Datos

La composición y las características de los hogares de la encuesta sobre el Estado de la Población Mundial de ONUSIDA; la composición y las características de los hogares de la encuesta DHS; los datos de los censos

Propósito y Temas a Considerar

El VIH está cambiando el rostro de la mortalidad adulta en muchas comunidades, matando a los hombres y a las mujeres justo en la edad en que normalmente forman su familia y crían a sus hijos. Sus muertes dejan niños huérfanos, cuyo cuidado queda, por lo general, en manos de otros miembros de la comunidad. El impacto social y económico de la creciente orfandad puede ser muy

importante, por lo que los programas nacionales del SIDA que rastrean la orfandad podrán estar mejor equipados para planificar los esfuerzos para mitigar este impacto. Este indicador rastrea los niveles de orfandad de un país.

Los datos del incremento de la orfandad pueden ser un indicador muy influyente del impacto de una epidemia de SIDA, por lo que el indicador tiene múltiples usos en los esfuerzos de promoción y defensa pública, además de rastrear el impacto de las muertes por SIDA en las comunidades.

Una limitante de esta medición es no distinguir entre la orfandad relacionada con el SIDA y la orfandad por otras causas. Sin embargo, dado que las muertes en adultos jóvenes habían permanecido estables o se habían reducido en la mayoría de países antes que apareciera el SIDA, podemos asumir razonablemente que el grueso de cualquier incremento en la orfandad arriba de los niveles de las líneas basales se puede atribuir al VIH.

Por otro lado, es probable que los huérfanos sean más móviles que otros niños y que por distintas razones queden excluidos de las encuestas. Por ejemplo, es probable que los que necesitan mayor atención vivan en hogares cuyo jefe de hogar es un niño, por lo que no califican para ser incluidos en una encuesta de hogares. Los niños de la calle que viven en orfanatorios también serán omitidos. Los hogares en los que ocurren muertes relacionadas con el SIDA suelen desintegrarse por completo después de que muere la cabeza del hogar y se manda a los niños a vivir con familiares que viven en la misma o en otras áreas, por lo que, para solventar el tema primario de la desintegración de los hogares, es importante indagar en una encuesta de hogares si los padres todavía viven.

La definición de orfandad difiere entre los países. Por ejemplo, en algunos países, la definición legal incluye a todos los niños menores de 18 años que han perdido a uno o a ambos progenitores, mientras que, en otros, incluye a todos los niños menores de 15 años que han

perdido a su madre. Para poder hacer comparaciones entre poblaciones distintas, sugerimos usar la definición estándar de este indicador. No obstante, es probable que algunos países quisieran recopilar un indicador con base en su propia definición de orfandad; en esos casos, la metodología para construir el indicador permanece igual.