

¿CÓMO LLEVAR A CABO LA SUPERVISIÓN LIDERADA POR LA COMUNIDAD?

Kit de herramientas
comunitario

ÍNDICE

Propósito de la caja de herramientas	4
Definición de MLC	7
Principios del MLC	8
Modelo de MLC explicado y aplicado por cuadrantes	10
Educación	11
Pruebas	12
Vinculación y compromiso	15
Incidencia política, abogacía o Incidencia política	15
Categorías y escala del MLC	18
Estructura y funciones del modelo de MLC	19
Integración de la tecnología	22
Principios rectores de la gestión de datos	27
Recursos y financiación de MLC	38
Anexos	40
A Definiciones del MLC de ONUSIDA, el Fondo Mundial y el PEPFAR	41
B Menú de indicadores cuantitativos y cualitativos para el MLC centrado en el VIH y la correspondiente promoción	44
C Estudios de caso del observatorio de tratamiento comunitario	48
1) Estudio de caso de RCTO-WA	48
2) Adaptación del CTO COVID-19	54
3) Enfoques del MLC en Namibia	67
D Fortalecimiento de los sistemas comunitarios e institucionales del MLC	59
E Proceso de acreditación	61
F Lista de recursos	64

ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
ART	Terapia antirretroviral
ARV	Antirretroviral
CBM	Seguimiento comunitario
CCG	Grupo consultivo comunitario
CDC	Centros de Control y Prevención de Enfermedades
CLM	Community-led monitoring
CSO	Organización de la Sociedad Civil
CBO	Organización de Base Comunitaria
COVID-19	COVID-19, Enfermedad por coronavirus 2019
CTO	Observatorio de Tratamiento Comunitario
DSD	Prestación de Servicios Diferenciada
Cinco Ejes	Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y adecuación
MLC	Monitoreo Liderado por la Comunidad
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
ITPC	Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento
M&E	Seguimiento y evaluación
MoH	Ministerio de Sanidad
MoU	Memorándum de entendimiento
NACP	Programa Nacional de Control del SIDA
NETHIPS	Red de seropositivos en Sierra Leona
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA
PEP	Profilaxis post exposición
PPE	Equipo de protección personal
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
RCTO	Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario
RCTO-WA	Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África Occidental
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB	Tuberculosis
U=U	Indetectable es igual a Intransmisible
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
WHO	Organización Mundial de la Salud (OMS)

EL MONITOREO DIRIGIDO POR LA COMUNIDAD utiliza el poder de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave para transformar la información sobre los sistemas de salud en campañas de promoción que salvan vidas. Genera rápidamente datos sobre los servicios de prevención y tratamiento del VIH y empodera a las comunidades para que utilicen sus hallazgos para identificar y defender soluciones que rompan las barreras que impiden el respeto de los derechos humanos, una mejor salud y una mayor calidad de vida.



PROPÓSITO DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS

Esta es una guía práctica desarrollada para las organizaciones comunitarias que planean implementar el monitoreo liderado por la comunidad (MLC). Ofrece una visión general del MLC y los pasos para diseñarlo, implementarlo, ejecutarlo y dotarlo de recursos.

El MLC es una parte integral del Marco Estratégico Mundial contra el Sida 2021-2026, que sitúa a las personas en el centro de la respuesta al VIH y une a países, comunidades y socios para:¹



Maximizar el acceso equitativo e igualitario a los servicios integrales de VIH centrados en las personas.



Derribar las barreras legales y sociales para lograr los resultados del VIH.



Dotar de todos los recursos necesarios y mantener las respuestas al VIH e integrarlas en los sistemas de salud, protección social y entornos humanitarios.

(1) reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

METAS VIH 2025

< 10%

MENOS DEL 10%

de las personas que viven con el vih y las poblaciones clave sufren estigmatización y discriminación

MENOS DEL 10%

de las personas con vih, las mujeres y las niñas y la población clave sufren desigualdades y violencia de género

MENOS DEL 10%

de los países tienen leyes y políticas punitivas

REDUCIR LAS
DESIGUALDADES



Personas que
viven con el vih y
comunidades de
riesgo en el centro

> 95%

El 95% de las personas con riesgo de contraer el vih utilizan la prevención combinada

El 95-95-95% de pruebas, tratamiento y supresión viral del VIH entre adultos y niños

El 95% de las mujeres acceden a servicios de salud sexual y reproductiva

El 95% de la cobertura de los servicios para la eliminación de la transmisión vertical

El 90% de las personas que viven con el VIH reciben tratamiento preventivo contra la TB

El 90% de las personas que viven con el vih y de las personas en riesgo son atendidas por otros servicios sanitarios integrados

FUENTE: End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021- 2026. UNAIDS 2021.
Available at www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

El MLC puede utilizarse para hacer un seguimiento de una serie de cuestiones. Por ejemplo, si el estigma ha dificultado el acceso de las personas a los servicios relacionados con el VIH y en qué medida, la proporción de personas a las que se les ha negado el acceso a la prevención y las pruebas del VIH, y el número de personas que han interrumpido la terapia antirretroviral (TAR), así como las razones para ello. Estas pruebas se transmiten a los gestores de programas y a los responsables políticos, lo que les permite aumentar los “5 ejes” (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y adecuación) y la eficiencia y la eficacia de los servicios relacionados con el VIH.

Los enfoques de seguimiento e incidencia política dirigidos por la comunidad de la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC) están

diseñados para situar a las personas que viven con el VIH, sus comunidades, redes y/u organizaciones en el centro de la toma de decisiones. Desde 2015, la ITPC ha supervisado los problemas de gestión de la cadena de suministro y los desabastecimientos de medicamentos, inicialmente en Asia meridional, Europa oriental y Asia central. Esta iniciativa se amplió desde los sistemas de alerta y el seguimiento de los desabastecimientos hasta los programas completos de seguimiento dirigidos por la comunidad. En el marco del pilar estratégico de ITPC, Watch What Matters, se aplicaron enfoques de MLC (antes conocidos como observatorios comunitarios de tratamiento, o CTO) en África Occidental (Benín, Costa de Marfil, Gambia, Guinea, Guinea Bisáu, Liberia, Malí, Senegal, Sierra Leona y Togo), República Democrática del Congo, África meridional (Malawi, Zambia y Zimbabue),

EL MLC ABARCA CUATRO ÁREAS CLAVE



El MLC se basa en el derecho humano a la salud y está dirigido e impulsado por la comunidad.

Asia (India, Indonesia y Nepal) y América Latina (Guatemala).

ITPC ha ampliado recientemente su programa de asistencia técnica en materia de MLC a las organizaciones de la sociedad civil de África Occidental y Central, África Oriental y el Caribe, con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). También ha ampliado otra asistencia técnica de MLC, con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en el Caribe, Europa Oriental y Asia Central (2021-2023). En 2020-2021, con la financiación de ONUSIDA, ITPC aplicó rápidamente el MLC a corto plazo y la promoción durante la pandemia

de COVID-19 en cinco países. ITPC ha aplicado el modelo de MLC en varias áreas de enfermedad, recopilando datos sobre violaciones de derechos humanos y brechas de acceso al tratamiento del VIH, la tuberculosis (TB), la hepatitis C y la COVID-19.

El MLC abarca cuatro áreas clave: **educación, pruebas, compromiso y promoción**. Se base en la educación y se fundamenta en los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, para garantizar que todas las personas sean conscientes del nivel de atención que tienen derecho a recibir, según las directrices actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención, las pruebas, la atención y el tratamiento del VIH, la tuberculosis, la COVID-19, la hepatitis viral y otras afecciones pertinentes.

El MLC se basa en el derecho humano a la salud y está dirigido e impulsado por la comunidad. Aumenta la responsabilidad y mejora los resultados de los programas nacionales y locales contra el VIH, así como la salud de los miembros de la comunidad.



DEFINICIÓN DE MLC

El MLC es un proceso en el que las comunidades, especialmente las personas que utilizan los servicios sanitarios, toman la iniciativa de identificar y supervisar de forma rutinaria los problemas que les importan. Crean indicadores para hacer un seguimiento de los problemas prioritarios, reciben formación para recopilar datos y analizar los resultados, y se comprometen con un grupo más amplio de partes interesadas para compartir las percepciones de los datos y crear soluciones conjuntamente. Cuando los problemas descubiertos a través del MLC no pueden resolverse, las comunidades llevan a cabo una promoción y unas campañas basadas en pruebas hasta que los responsables pongan en práctica medidas correctivas. El MLC también documenta las innovaciones positivas y las prácticas eficaces que pueden aplicarse con mayor coherencia y escala (para obtener información adicional sobre el MLC y sus definiciones, véase *el anexo A, definiciones de MLC de ONUSIDA, el Fondo Mundial y el PEPFAR*).

En el contexto del MLC, el término “comunidad” se refiere a las personas que viven y están afectadas por el VIH, incluidas las personas que son miembros de poblaciones clave² y otros grupos marginados, así como las entidades de la sociedad civil que promueven los derechos humanos y el acceso a la atención para las personas que viven y están afectadas por el VIH.

Las comunidades desempeñan un papel esencial en el MLC: tienen acceso a conocimientos “internos” y a una experiencia y perspectivas únicas que no están al alcance de los agentes externos. Las comunidades desempeñan

un papel fundamental a la hora de garantizar acceso a los servicios sanitarios, mejorando su calidad y haciendo que los responsables de la toma de decisiones rindan cuentas. Este papel está ganando visibilidad y se promueve cada vez más como parte importante de la respuesta al VIH. (Véase en el anexo A un cuadro resumen de los enfoques del MLC, según la definición de los principales donantes, y varios ejemplos de datos comunitarios.)

El panorama del MLC ha seguido evolucionando, al igual que la necesidad de contar con definiciones más claras y principios rectores que garanticen que este trabajo está dirigido por la comunidad y se basa en la promoción. A medida que la noción de MLC se generaliza, cualquier mecanismo de retroalimentación de los receptores de la atención podría ser identificado erróneamente como MLC, en lugar del modelo descrito en esta caja de herramientas.

(2) Key populations are groups of people who are more vulnerable to acquiring HIV and/or have high HIV rates (gay and bisexual men and other men who have sex with men, sex workers, people who use drugs and transgender people) and face high levels of stigma, discrimination and legal, socioeconomic, cultural and structural barriers to accessing health services.



PRINCIPIOS DEL MLC

El aumento de la demanda y el interés por la aplicación del MLC exige unos principios coherentes y claros. El MLC -así como su promoción-:

- **Está dirigido por la comunidad y es de propiedad de esta**
- **Se centra en la acción y la responsabilidad**
- **Es independiente**
- **Es Rutinario y sistemático**
- **Se centra en los resultados**

Las comunidades son líderes y socios en igualdad de condiciones del MLC. Responde a sus necesidades e incluye sus perspectivas y preferencias. La acción y la responsabilidad son esenciales para el MLC y la incidencia política de sus intereses.

Las intervenciones del MLC son independientes y no están dirigidas por los gobiernos o los donantes. Son específicamente informadas y aplicadas por -y para- las comunidades y sus organizaciones, grupos y redes. También son colaborativas y pretenden involucrar a las múltiples partes interesadas en la creación conjunta y la aplicación de soluciones, en lugar de asignarles la culpa.

Las intervenciones del MLC muestran resultados cuantificables: un aumento del número de personas

que siguen el tratamiento antirretroviral; mayores tasas de supresión viral; y una disminución de los desabastecimientos de medicamentos y suministros para las pruebas. El objetivo final es mejorar la salud, la calidad y la duración de la vida de las personas que viven con el VIH o están afectadas por él.

Las intervenciones del MLC también se mantienen en el tiempo para:

- a) Proporcionar pruebas actualizadas a los gestores de los centros de salud, los funcionarios sanitarios del gobierno y otros responsables de la toma de decisiones
- b) Fomentar el cambio a través de ciclos de logros o reveses sucesivos y mediante procesos de captación de audiencias, aliados y constituyentes, si es necesario, para obtener credibilidad e influencia

CONSIDERACIONES CLAVE PARA APOYAR EL ENFOQUE MLC

- 1 Financiación e inversión en MLC.** Es necesario garantizar una disponibilidad adecuada de fondos para implementar el MLC y las intervenciones de incidencia política relacionadas. La escala del enfoque de MLC debe ajustarse al presupuesto disponible (el número de sitios e indicadores seleccionados tiene un impacto en el presupuesto).
- 2 Integración del enfoque de MLC en los planes estratégicos nacionales u otros marcos políticos nacionales o planes de inversión del país.** Es necesario que el MLC se adopte como una intervención comunitaria clave que contribuya a la respuesta nacional.
- 3 Desarrollo de capacidades y acreditación de los socios que implementan el MLC.** La inversión en la formación y el fortalecimiento de los sistemas institucionales de las organizaciones de la sociedad civil (CSO) es fundamental para garantizar la capacidad de aplicar el MLC.
- 4 Apropiación del MLC por parte de las comunidades y las CSO.** Es esencial garantizar que el MLC esté verdaderamente dirigido por la comunidad y apoyado por las estructuras nacionales.
- 5 Grupos consultivos comunitarios (MLC) y/o estructuras de distrito o nacionales.** Es necesario crear mecanismos de retroalimentación y difusión de datos para hacer realidad los resultados de la promoción. Es fundamental contar con plataformas nacionales o de distrito en las que se puedan crear conjuntamente soluciones para mitigar las carencias de tratamiento y servicios y mejorar la calidad.
- 6 Acceso ético y/o autorización para la recopilación de datos.** Los encargados de la implementación del MLC necesitan tener acceso a los datos en los centros de salud y deben poder llevar a cabo discusiones de grupos focales –
- 7 Garantizar la calidad de los datos.** El enfoque de la CML se verá comprometido si se utilizan datos erróneos. Deben establecerse mecanismos para garantizar la exactitud e integridad de los datos – Las personas implicadas en el MLC comprenderán cómo recoger y asegurar los datos y lo que están supervisando: qué recoger, por qué es importante y cómo se utilizará.



MODELO DE MLC EXPLICADO Y APLICADO POR CUADRANTES

Las organizaciones dirigidas por la comunidad realizan el MLC. Estas organizaciones anfitrionas/ejecutoras del MLC supervisan y realizan el trabajo dentro de los cuatro cuadrantes clave del MLC: **educación, pruebas, compromiso, y defensa**. Cada cuadrante tiene objetivos específicos e intervenciones correspondientes que se basan unas en otras. Los cuatro cuadrantes deben aplicarse en su totalidad para que el MLC tenga éxito.

FIGURA 1 EL COMPROMISO y LA INCIDENCIA POLÍTICA o la abogacía se refuerzan mutuamente y son cíclicos.



Educación

La educación construye una base sólida y sostenible para las organizaciones que acogen el MLC y la incidencia política relacionada, y beneficia a las personas que la imparten. Las capacitaciones de ITPC apoyan el fortalecimiento de los sistemas comunitarios e institucionales al cubrir áreas de interés, como las metodologías de seguimiento y evaluación (M&E), la gobernanza, las finanzas y la gestión de subvenciones. Dado que la capacidad y la salud de la organización ejecutora son fundamentales para el éxito del MLC, las organizaciones anfitrionas se someten a procesos de acreditación y evaluaciones de capacidad para informar sobre las necesidades de formación. Los recopiladores de datos y los supervisores aprenden procedimientos estandarizados para la recogida, el almacenamiento y la seguridad de los datos con el fin de garantizar la coherencia en todos los sitios; también reciben formación sobre métodos cualitativos y cuantitativos para llevar a cabo su trabajo y comprender por qué los datos que recogen son importantes.

Las capacitaciones del personal y de las partes interesadas del MLC centradas en la incidencia política de los derechos se desarrollan sobre la base de las prioridades de la

comunidad y de una evaluación de la capacidad. Estas formaciones se basan en los derechos humanos, son muy interactivas y están directamente relacionadas con los indicadores seleccionados por las comunidades. Por ejemplo, un enfoque de MLC centrado en el VIH incluiría: la educación acerca de la transmisión del VIH; la cascada de prevención, pruebas, atención y tratamiento, incluido el tratamiento antirretroviral optimizado; la prestación de servicios; el seguimiento de la carga viral; y cuestiones de derechos humanos. Estas formaciones garantizan que los miembros de la comunidad comprendan los servicios y el tratamiento a los que tienen derecho y estén familiarizados con sus directrices nacionales de tratamiento. También permiten conocer las normas de competencia y calidad de los servicios rutinarios de detección y pruebas de salud, la atención y el tratamiento médico, y los servicios de prevención y apoyo en el contexto de los objetivos actuales, las declaraciones y las normas reconocidas internacionalmente para el tratamiento y los servicios relacionados con el VIH (en particular, la Vía Rápida, los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las directrices de la OMS). Esto proporciona la base para una promoción eficaz.

TABLA 1 Elementos del MLC: educación sobre el VIH y su finalidad

ÁREA DE FORMACIÓN	CONTENIDO	OBJETIVO
Transmisión del VIH	Explicación de cómo se transmite el VIH	Subrayar la importancia del acceso a la prevención y el tratamiento del VIH.
Prevención del VIH	Resumen de la prevención combinada del VIH recomendada por la OMS	Documentar las deficiencias en el acceso a la prevención combinada del VIH recomendada por la OMS, incluidos los preservativos masculinos y femeninos, la profilaxis previa y posterior a la exposición (PrEP y PEP), el anillo vaginal de dapivirina, las agujas, jeringuillas y otros equipos para el consumo de drogas, y la terapia de sustitución de opiáceos.
Prueba del VIH	Describir el proceso y las opciones de pruebas del VIH recomendadas por la OMS	Documentar las deficiencias en el acceso a los métodos de prueba recomendados por la OMS, incluido el autodiagnóstico, y si los servicios se adaptan a las necesidades de las poblaciones clave.
Historia natural del VIH	Resultado del VIH no tratado: progresión de la infección aguda a la enfermedad avanzada del VIH, enfermedad y muerte y transmisión continua	Comprender la importancia del acceso a las pruebas, la atención y el tratamiento del VIH.

ÁREA DE FORMACIÓN	CONTENIDO	OBJETIVO
Tratamiento del VIH	Visión general del objetivo del tratamiento del VIH y de los antirretrovirales recomendados por la OMS para el tratamiento de primera, segunda y tercera línea: cómo funcionan y qué hacen (incluidos los efectos secundarios y los acontecimientos adversos)	Comprender por qué el acceso al tratamiento del VIH es esencial para la supervivencia, la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH (y su beneficio para la prevención), así como qué antirretrovirales deberían estar disponibles.
Adherencia al tratamiento/resistencia a los medicamentos	Importancia de la adherencia; consecuencias de la mala adherencia	Comprender el impacto del desabastecimiento, los conceptos de dispensación multimensual, la prestación de servicios diferenciados y la importancia de los servicios de apoyo para las personas que viven con el VIH.
Seguimiento de los resultados del tratamiento del VIH	¿Qué es la monitorización de la carga viral? Recomendaciones de la OMS para el seguimiento de los resultados del tratamiento del VIH. Qué significan los resultados (U=U, fracaso del tratamiento, apoyo a la adherencia, cambio de régimen ARV)	Documentar la comprensión, el acceso y la frecuencia de las pruebas de carga viral (incluyendo los resultados oportunos) y las acciones desencadenadas por los resultados de las pruebas de carga viral.
Coinfecciones comunes	Transmisión y resultados de la tuberculosis y la hepatitis viral; pruebas, prevención, atención y tratamiento recomendados por la OMS	Documentar el acceso, la calidad y las tarifas de los usuarios para la prevención de las pruebas, la atención y el tratamiento de la tuberculosis y la hepatitis viral.
Derechos humanos	Estigma y discriminación su repercusión en la utilización de la asistencia sanitaria y en los resultados sanitarios	Documentar y abordar el estigma y la discriminación en los entornos sanitarios.

Pruebas

Los datos de la comunidad son las **pruebas** que sirven de base para la defensa. La recopilación de estas pruebas suele ser el componente más visible del MLC. Implica procesos de análisis y mapeo de la situación, la obtención y recopilación de datos, su verificación, introducción y limpieza, el análisis de los datos (incluyendo el seguimiento de las tendencias) y las auditorías de calidad de los datos. Cada uno de estos pasos se explica con más detalle aquí:

- **Realizar una evaluación de referencia.** El personal del MLC debe realizar una evaluación de referencia de todos los indicadores cuantitativos y cualitativos.

Con el tiempo, los datos que recopilen pueden compararse con las evaluaciones de referencia para supervisar las tendencias y hacer un seguimiento de las mejoras (o descensos) en el acceso al tratamiento y la calidad del servicio.

- **Recogida de datos.** Los recopiladores de datos utilizan las herramientas de recogida de datos en cada centro con la frecuencia especificada en el plan operativo final (por ejemplo, mensual o trimestralmente).
- **Verificación de datos.** Los supervisores de datos



revisan los datos presentados, verifican las fuentes de información y validan los datos a intervalos mensuales o trimestrales, según se especifique en el plan operativo definitivo.

- **Introducción de datos.** Una vez verificados los datos, los supervisores de datos los entregan al jefe del punto focal o a otro miembro del equipo designado, que los introduce en la base de datos. Durante este tiempo, el líder del punto focal consulta regularmente con el CCG y la institución académica para destacar cualquier buena práctica y/o reto en los procesos de recogida de datos.
- **Gestión y almacenamiento de datos.** Si los datos se recogen con un formulario y/o cuestionario estándar en papel, el plan operativo debe describir los procedimientos estándar para salvaguardar, almacenar y/o descartar los datos una vez introducidos en la base de datos del ordenador. El procedimiento de almacenamiento o descarte de los formularios en papel debe cumplir con los protocolos de la Junta de Revisión Institucional (IRB) para garantizar la salvaguarda de la información sensible y/o de identificación. Los formularios físicos, los cuestionarios, las notas de las reuniones y cualquier otro informe de las entrevistas y los debates de los grupos de discusión

deben guardarse en armarios cerrados con llave. Los documentos también pueden escanearse y cargarse en una base de datos central como copia de seguridad para minimizar la pérdida de datos y mejorar su seguridad. Si los datos se recogen electrónicamente, los procedimientos de gestión deben garantizar que se registran y almacenan en formatos estandarizados para asegurar la coherencia para facilitar el acceso, la revisión, el análisis y la elaboración de informes.

- **Revisión y análisis de los datos.** Una vez introducidos los datos en la base de datos, el responsable del punto focal del MLC realiza un análisis de primer nivel para verificar su puntualidad, completación, claridad y coherencia. Si no hay problemas que requieran una revisión adicional, el responsable del punto focal (y/o el especialista en seguimiento y evaluación, si forma parte del equipo de implementación) puede empezar a realizar un análisis más profundo. Las consideraciones clave para el análisis incluyen: ¿Los datos demuestran el progreso hacia los objetivos? ¿Es posible relacionar los datos con algún resultado? ¿Qué datos son más útiles para la promoción? ¿Hay indicadores para los que no se dispone de datos? Si es así, ¿por qué? ¿Sigue siendo relevante el indicador? ¿Hay algún dato o tendencia en los datos que plantee dudas?

En caso afirmativo, ¿cuáles son los próximos pasos para abordarlos? Dependiendo de la capacidad del ejecutor del MLC, una institución académica o de investigación u otros expertos pueden proporcionar asistencia en el análisis de los datos y/o en la realización de auditorías de calidad de los datos para garantizar su validez. Las universidades y las instituciones de investigación han apoyado a menudo a los implementadores del MLC para desarrollar los marcos de análisis de datos, formar y realizar análisis de datos y/o llevar a cabo auditorías de calidad

de datos para perfeccionar los indicadores y/o los métodos de recogida de datos.

- **Auditoría de la calidad de los datos.** Además de la revisión y el análisis rutinarios de la calidad de los datos que llevan a cabo los supervisores de datos y el líder del punto focal, es fundamental realizar una supervisión formal de los datos y evaluaciones de calidad. Este proceso implica visitas sobre el terreno, en las que el equipo de ejecución puede solucionar cualquier problema que pueda dar lugar a datos inexactos, incompletos y/o poco fiables.

Imagen instantánea de las prioridades de la promoción regional

Prioridades de promoción para RCTO-WA, establecidas por la Junta Consultiva Regional en octubre de 2018

En 2020, el 90% de las personas que tienen VIH conocerán su situación

- Ampliar la disponibilidad **de opciones de pruebas del VIH** no basadas en centros, incluidos los servicios de pruebas del VIH dirigidos por la comunidad y servicios de pruebas del VIH con base en la comunidad (HTS)
- Intensificar las campañas de comunicación y sensibilización sobre el VIH para **aumentar la demanda de HTS**
- Incluir objetivos para **promover y proteger los derechos humanos de las personas** que viven con el VIH y las poblaciones clave en **los planes estratégicos de VIH presupuestados**

En 2020, el 90% de las personas que tienen VIH conocerán su situación y recibirán TAR de forma sostenida

- Mejorar la comunicación a lo **largo de la cadena de suministro** para evitar el desabastecimiento de antirretrovirales
- Mejorar la **vinculación y la permanencia en la atención** y el tratamiento, especialmente para las poblaciones clave y vulnerables.
- Reforzar los sistemas y las respuestas comunitarias para apoyar el despliegue de la prestación de servicios diferenciados

En 2020, el 90% de las personas recibiendo terapia antirretroviral tendrán supresión viral

- Aumentar la financiación para garantizar la **disponibilidad de máquinas de pruebas** de carga viral y suministros de laboratorio adecuados de laboratorio
- Mejorar los conocimientos de las personas que viven con el VIH y de los trabajadores sanitarios para **aumentar la demanda de servicios de pruebas de carga viral de alta calidad**
- Garantizar un seguimiento eficaz del tratamiento mediante tiempos de **respuesta aceptables para los resultados de las pruebas de carga viral.**

Vinculación y compromiso

Por qué es importante la participación

Las partes interesadas en el MLC son representantes de redes de personas que viven con VIH, incluidas las poblaciones clave, funcionarios de centros de atención sanitaria y ministerios de salud, responsables de la formulación de políticas y socios académicos; todos ellos están interesados en lograr los mejores resultados posibles de los programas nacionales contra el SIDA. Por lo tanto, el MLC es una forma eficaz de resolver los problemas en colaboración.

El compromiso se desarrolla a partir de asociaciones entre una variedad de partes interesadas; aumenta la visibilidad y el impacto de la promoción. El compromiso proporciona a las comunidades y a los proveedores de atención sanitaria una plataforma para convocar y compartir datos que faciliten la mejora de los resultados sanitarios de los receptores de la atención.

El compromiso facilita la colaboración en la identificación, la aplicación y el mantenimiento de las soluciones, y fomenta la inversión gubernamental y la responsabilidad de mejorar el alcance y la calidad de los servicios de VIH y su prestación. Por ejemplo, los ejecutores del MLC pueden organizar reuniones con los centros de salud y/o los responsables de la toma de decisiones a nivel nacional y de distrito, en las que se revisan los datos y se crean conjuntamente soluciones para mitigar las deficiencias identificadas en el tratamiento y la prestación de servicios.

La participación del MLC y la incidencia política se facilita a través de un grupo consultivo

comunitario (CCG), que es una junta consultiva técnica de múltiples partes interesadas, que proporciona un apoyo esencial. El CCG está formado por representantes de redes nacionales de personas que viven con VIH, poblaciones clave y receptores de atención. El CCG contribuye con herramientas de recopilación de datos, apoya la implementación del MLC, ayuda con el análisis de datos y orienta las decisiones organizativas. El CCG también crea una agenda de promoción basada en pruebas. Se reúne mensual o trimestralmente para revisar los datos que se han limpiado, validado y analizado y para priorizar las cuestiones de promoción. Durante las reuniones del CCG, las comunidades y los responsables de la toma de decisiones elaboran estrategias para abordar las cuestiones y resolver los problemas. Este proceso es el marco de la colaboración, ya que el establecimiento de relaciones mejora la eficacia del trabajo entre las partes interesadas que se interesan mutuamente por los resultados sanitarios positivos para sus comunidades y sus programas.

Promoción

El propósito del MLC del VIH es mejorar el acceso y la calidad del tratamiento y los servicios del VIH a través de **promoción** basada en pruebas, así como identificar las innovaciones y las buenas prácticas que pueden mantenerse, reproducirse y ampliarse.

Cuando la recopilación de datos revela deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios, desabastecimiento de medicamentos, suministros de laboratorio y otros

productos esenciales, así como otros problemas (las pruebas), los miembros de la comunidad abogan por soluciones para estos problemas.

La incidencia política basada en evidencias utiliza acciones específicas para cambiar las normas, las directrices, los estándares y las políticas que afectan directamente a la salud de las personas que viven con el VIH o corren el riesgo de contraerlo. Esta promoción

tiene como objetivo mejorar los resultados sanitarios individuales y comunitarios a nivel local, subnacional, nacional, regional y mundial. En el cuadro 2 se ofrecen ejemplos de éxito del MLC.

Cuando no es posible crear conjuntamente soluciones, las comunidades y los activistas del tratamiento suelen seguir adelante para atender sus necesidades y hacer que los responsables de la toma de decisiones rindan cuentas, utilizando enfoques de vigilancia y/o monitoreo participativo y rendición de cuentas. Como ejemplo, la Iniciativa para la Equidad utiliza el seguimiento y la rendición de cuentas participativos de los ciudadanos como método para “...la participación efectiva de los miembros de la comunidad en las decisiones que afectan sus vidas. En lugar de sufrir las malas decisiones y la aplicación por parte de los gobiernos, los organismos y las empresas, que pueden ser ineficaces, corruptos o

activamente perjudiciales, ayuda a los miembros de la comunidad y a los grupos de la sociedad civil a reunir información, documentar los problemas e insistir en que se cumplan las leyes y las promesas. La formación de alianzas con otras comunidades y organizaciones que tienen los mismos objetivos puede ayudar a reforzar en gran medida los resultados de la supervisión y la rendición de cuentas. El seguimiento participativo es una actividad bien organizada y continúa en la que los miembros de la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil reúnen información sobre sus análisis y cuestiones prioritarias de forma que se responda a las preguntas esenciales: ¿qué está experimentando la gente? ¿Cómo está afectando a la gente? ¿Está funcionando la política o el programa? ¿Cuáles son los problemas? ¿Qué podría hacerse mejor? ¿Cuáles son las prioridades de la gente para el cambio?”³

TABLA 2 El poder del MLC y la promoción relacionada

INDICADOR	PROMOCIÓN	RESULTADOS
Pruebas de carga viral en África Occidental	Aumentar los conocimientos sobre el tratamiento en la comunidad, crear demanda y aumentar el acceso a las pruebas de carga viral	De mediados de 2018 a mediados de 2019, el número de pruebas de carga viral aumentó de 16.532 a 33.376
Pruebas de carga viral en Malawi	Aumentar la frecuencia y el acceso a las pruebas de carga viral.	Los datos del MLC se utilizaron para abogar por un cambio en las directrices nacionales, pasando de recomendar las pruebas de carga viral cada 24 meses a recomendarlas cada 12 meses.
Estigma en los centros sanitarios, especialmente entre los miembros de las poblaciones clave (los recolectores de datos que eran miembros de las poblaciones clave entrevistaron a otros miembros de las poblaciones clave y a los trabajadores sanitarios sobre el estigma)	Abordar o disminuir el estigma en los entornos sanitarios.	El personal sanitario se sensibilizó gracias a la formación impartida; los miembros de las poblaciones clave fueron informados de sus derechos durante las entrevistas.
ARV-Agotamiento de las existencias de antirretrovirales en Zimbabue	Determinar la(s) causa(s) y trabajar para eliminar los desabastecimientos	La duración del desabastecimiento de existencias se redujo en 13 días.
Acceso a las pruebas y al tratamiento del VIH en Costa de Marfil	Remueve barreras	Se eliminaron las tasas de usuario para las pruebas y el tratamiento del VIH.

(3) <https://www.initiativeforequality.org/what-we-do/citizen-monitoring/participatory-citizen-monitoring/>

“Esa es la belleza de proyectos como este. Identifican cómo la gente se queda en la cuneta.”

— MARTIN ELLIE, NETWORK OF HIV POSITIVES IN SIERRA LEONE (NETHIPS), SIERRA LEONE

La ITPC elaboró un proyecto de promoción del MLC, de duración y alcance limitados, para supervisar el acceso a la atención y el tratamiento del VIH y la tuberculosis, así como las experiencias en materia de salud y derechos humanos, entre los beneficiarios de la atención durante tres meses en cinco países. En Sierra Leona, NETHIPS, una de las organizaciones asociadas a ITPC, se propuso recopilar datos sobre el número de personas que experimentaron el fracaso del TAR. Al cabo de un mes de seguimiento, NETHIPS descubrió que los datos sobre el fracaso del tratamiento del VIH no estaban incluidos en los registros actuales de los servicios. El NETHIPS inició una conversación con el Programa Nacional de Control del SIDA (NACP), donde se enteró de que un comité examina el fracaso del tratamiento de forma individual y registra la información en las tarjetas de citas. En algunos centros, estos datos se almacenan por separado del registro principal del centro. NETHIPS aprovechó la conversación para conseguir el compromiso del NACP de desarrollar nuevos registros de servicios que incluyan indicadores sobre el fracaso del tratamiento del VIH.

El MLC y la promoción relacionada van más allá de las iniciativas de investigación y seguimiento y evaluación (M&E), que recogen y analizan datos. El MLC y la promoción relacionada vinculan la recopilación y el análisis de datos directamente con las asociaciones para la rápida resolución de problemas y la promoción para lograr y mantener soluciones.

Las intervenciones del MLC (educación y recopilación de datos con almacenamiento seguro, y validación y análisis en el contexto de la participación de múltiples partes interesadas) se realizan con el objetivo final de informar sobre la promoción para mejorar la prestación de la atención sanitaria y los resultados de salud, lo que se traduce en mejores resultados de salud para las comunidades.

Resultados del Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario de ITPC (2017-2019)

ITPC puso en marcha un modelo de MLC y de promoción relacionado (llamado Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario, o RCTO), que unió a las organizaciones que realizan MLC en África Occidental y Meridional. Tres años después de la puesta en marcha del RCTO en toda África Occidental, los desabastecimientos de TAR y de reactivos de laboratorio para las pruebas de carga viral disminuyeron un 8,4% y un 10,7%, respectivamente. Al mismo tiempo, se iniciaron 23.618 personas más en la terapia antirretroviral y se realizaron 16.844 pruebas de carga viral adicionales. Durante este periodo, la calificación media de la calidad de la atención aumentó de 3,8 a 4,2 (de 5). A nivel nacional, las tasas de pruebas de detección del VIH y de aceptación de la terapia antirretroviral aumentaron entre las poblaciones clave de Sierra Leona; el seguimiento del tratamiento mejoró entre las personas que recibían la terapia antirretroviral en Malí; se revisaron los mecanismos de seguimiento de datos a nivel de centro en Gambia; y se eliminaron las tasas de usuario, que eran una importante barrera de acceso a los servicios del VIH, en Costa de Marfil.



CATEGORÍAS Y ESCALA DEL MLC

Es fundamental determinar la escala y la categoría del MLC en función del límite presupuestario, la capacidad de la organización anfitriona y el plazo de ejecución, entre otros factores. Los planificadores deben esforzarse por **obtener un tamaño de muestra representativo**. Esto depende del tamaño de la población total (o del número total de personas que viven con VIH) que utiliza el centro (para los proyectos piloto), en el distrito (para el MLC a nivel subnacional) o en el país (para el MLC a nivel nacional).

Hay **tres categorías de implantación** que la organización anfitriona puede evaluar para determinar la “adecuación”. Éstas son:

- **Gestión de la calidad de la atención sanitaria a nivel piloto/urbano.** Se trata de una escala pequeña que suele aplicarse en uno o dos centros de salud de una zona urbana o una capital. Para una población de <10.000 personas que viven con el VIH, se toma una muestra de al menos el 20-25% de ellas. En algunas situaciones, el pequeño tamaño puede dar a la organización anfitriona la oportunidad de realizar una prueba piloto de MLC y crear capacidad para implementar un trabajo a mayor escala. Una vez completado el piloto, el MLC puede ampliarse en función de aspectos como las capacidades, el presupuesto y el calendario. Sin embargo, esta categoría puede ser la más adecuada para la promoción a nivel muy local y puede no requerir una ampliación.
- **Gestión del ciclo de vida a nivel subnacional.** Este nivel de ejecución abarca dos o tres áreas subnacionales (por ejemplo, distritos, provincias y regiones), recogiendo datos de una población de 10.000 a 100.000 personas que viven con el VIH y tomando muestras de al menos el 10-15% de ellas. Se pueden recoger datos de hasta 50 centros de salud, en función de aspectos como las capacidades, el presupuesto y el calendario.
- **MLC a nivel nacional.** Los datos pueden recogerse en más de 51 centros de salud, en función de aspectos como las competencias, el presupuesto y el calendario. Un modelo nacional de MLC y de promoción relacionado funciona para una población de >100.000 personas que viven con el VIH, con un muestreo de al menos el 3-5% de ellas.



ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL MODELO DE MLC

Estructuras

Para implantar el MLC se necesitan las siguientes estructuras:

La organización anfitriona o el implementador del MLC o la red comunitaria.

El MLC no debe construirse como un proyecto independiente. Para crear una base sólida y sostenible para el MLC, éste debería estar integrado en una organización existente y ser de su propiedad. Esto garantizará que el MLC se integre en un sistema más amplio.

Lugares de recogida de datos. Los datos pueden recogerse en centros de salud públicos y/o privados, en centros de prestación de servicios comunitarios y/o en puntos de servicios comunitarios (por ejemplo, grupos

comunitarios). Los lugares de recopilación de datos se determinan en función de factores como el carácter urbano frente al rural, la prevalencia del VIH, el volumen de receptores de atención, los grandes hospitales frente a los centros comunitarios y la voluntad de participar. Una vez seleccionados los lugares, debe establecerse una asociación formalizada entre la organización anfitriona/comunitaria y el lugar mediante un memorando de entendimiento u otro acuerdo de trabajo. Dependiendo del tipo de emplazamiento (por ejemplo, un centro de salud público), también puede ser necesario establecer un acuerdo de trabajo con el Ministerio de Sanidad para garantizar que la organización anfitriona pueda acceder a los datos y recopilarlos cuando sea necesario.

Organizaciones dirigidas por la comunidad

Las organizaciones, grupos y redes dirigidos por la comunidad, ya sea formal o informalmente organizados, son entidades::

- **Para lo cual la mayoría de los gobernantes, líderes, personal, voceros, miembros y voluntarios reflejan y representan las experiencias, perspectivas y voces de sus electores**
- **Que tienen mecanismos transparentes de rendición de cuentas a sus electores**

Las organizaciones, grupos y redes dirigidos por la comunidad tienen autodeterminación y autonomía, y no están influenciados por agendas gubernamentales, comerciales o de donantes.

No todas las organizaciones comunitarias están dirigidas por la comunidad.

El equipo de ejecución

El MLC requiere un equipo que supervise y facilite su aplicación. Como mínimo, el equipo debe incluir (y proporcionar apoyo financiero):

Líder del punto focal. Esta persona supervisa la implementación del MLC. La persona de enlace también facilitará las reuniones del grupo consultivo de la comunidad (CCG), los diálogos con los centros, trabajará con los funcionarios de salud para garantizar que se establezcan acuerdos formales para la recopilación de datos, y garantizará la visibilidad del proyecto y la apropiación nacional del mismo, y que los conocimientos de los datos se utilicen para la promoción específica.

Oficial de M&E. El oficial de M&E supervisa los procesos de recopilación, gestión, análisis y verificación de datos comunitarios. El oficial de S&E es responsable de supervisar el desarrollo de capacidades, proporcionar apoyo técnico en los procesos de recopilación y gestión de datos para los supervisores y recolectores de datos, desarrollar y revisar los informes generados a partir de los datos comunitarios antes de que se difundan al CCG y a las partes interesadas externas, destilar las ideas de los datos de los informes a nivel nacional a nivel macro, y supervisar la gestión de datos en general.

Grupos de asesoramiento técnico

Un par de grupos de asesoramiento técnico apoyan a la organización anfitriona, al ejecutor del MLC y a la red comunitaria en la aplicación del MLC:

Institución académica. La asociación con una institución académica debería formalizarse mediante un memorando de entendimiento o un contrato. Una asociación de este tipo es muy valiosa para desarrollar la capacidad de los miembros de la comunidad que están aplicando el MLC. Lo ideal es que un socio académico local proporcione asistencia técnica continua, incluida la ayuda en el desarrollo de la herramienta de recopilación de datos, la realización de análisis de datos y las auditorías de

Supervisor de datos. El supervisor de datos es el responsable de cotejar los datos de todos los centros de recogida, realizar la verificación de los datos y limpiarlos. Dependiendo del número de centros de recogida de datos, puede haber varios supervisores de datos, cada uno de los cuales gestiona un equipo de recolectores de datos y la recogida de datos de los centros correspondientes.

Recolectores de datos. Cada recopilador de datos es responsable de la recogida de datos en lugares específicos. Los recopiladores de datos interactúan directamente con los centros de salud o los puntos de prestación de servicios para recoger datos cuantitativos. También recogen datos cualitativos realizando entrevistas a informantes clave y celebrando debates en grupos de discusión con los receptores de la atención, los miembros de la comunidad y otras partes interesadas. Un recopilador de datos por centro suele ser suficiente, pero esto varía en función del volumen y la frecuencia de la recopilación de datos. Por ejemplo, en los casos en los que los recopiladores de datos tienen que visitar los centros de datos sólo una vez al mes para obtener datos cuantitativos, podría ser factible -y más eficiente- que un recopilador de datos cubriera varios centros.

calidad de los datos. Las instituciones académicas también pueden facilitar los procesos éticos, trabajar con un IRB y ayudar a publicar y difundir los datos en revistas revisadas por pares y en conferencias. Si no es posible establecer una relación formal con una institución académica, otros socios o individuos externos (como estudiantes de posgrado, expertos en investigación, consultores y agencias técnicas) pueden apoyar estos procesos.

Grupo consultivo comunitario. Para garantizar que el MLC responda a la comunidad y a sus necesidades, la red de ejecución debe crear un CCG y colaborar con él. El CCG apoya la aplicación del MLC, contribuye al desarrollo de herramientas de recopilación de datos, ayuda a

analizarlos y orienta las decisiones organizativas. El CCG está formado por las principales partes interesadas. Entre ellos se encuentran representantes de organizaciones de la sociedad civil, redes nacionales de personas que viven con el VIH y poblaciones clave, centros de atención sanitaria, receptores de atención, personal de las oficinas de país de ONUSIDA y equipos de apoyo regionales, y otros socios de financiación, como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y el Fondo Mundial, así como responsables de la toma de decisiones de alto nivel (del Ministerio de Sanidad y del programa nacional del sida, por ejemplo). El CCG tiene tres objetivos:

1. **Revisión y análisis de los datos recogidos**
2. **Desarrollar una agenda de promoción (basada en datos validados) e identificar oportunidades estratégicas para facilitar las acciones de promoción**
3. **Encontrar y aprovechar las oportunidades para sostener el MLC más allá de la financiación actual de la subvención**

La CCG identifica las prioridades de promoción y desarrolla un plan de acción, que incluye el seguimiento y la evaluación del impacto de las tendencias y los cambios. El CCG es responsable de:

- Revisar y aprobar los datos (utilizando los procesos de verificación de datos establecidos)
- Proporcionar orientación técnica y estratégica para mejorar el proceso de recogida de datos en colaboración con socios académicos o expertos independientes
- Identificar las agendas y/o cuestiones de promoción y desarrollar un plan de promoción basado en pruebas
- Apoyar al socio ejecutor en la construcción de la visibilidad del MLC y la promoción relacionada
- Acceder a foros políticos y de política nacional con la organización anfitriona para presentar e integrar los datos en las políticas y sistemas de información sanitaria
- Apoyar a la organización anfitriona en la aplicación del plan y las acciones de promoción

- Apoyar al socio ejecutor en la movilización de recursos para sostener el MLC y la promoción relacionada más allá de la financiación actual de la subvención.

Composición del grupo consultivo comunitario

El CCG tiene entre 10 y 15 miembros, incluyendo un presidente, un vicepresidente y miembros de estas categorías:

- **Agencias normativas.** Esto puede incluir a ONUSIDA, PEPFAR, la OMS y el Fondo Mundial.
- **Organizaciones gubernamentales.** Puede incluir a representantes de los programas nacionales de SIDA y/o TB y otros homólogos gubernamentales.
- **Organizaciones de la sociedad civil.** Puede incluir a socios estratégicos de organizaciones de la sociedad civil.
- **Socios.** Puede incluir a las poblaciones objetivo, a los miembros de las poblaciones clave y a las redes nacionales de personas que viven con el VIH.
- **Instituto de investigación o experto independiente.** Se puede invitar a personas con experiencia relevante a unirse al CCG.

La organización anfitriona actúa como secretaría del CCG.

Confidencialidad: Todos los datos presentados en las reuniones del CCG o a los que tengan acceso sus miembros son confidenciales. Cualquier uso o discusión externa de los datos requiere la autorización previa del presidente del CCG.

Metodología: El CCG se reúne mensualmente después de que los socios académicos o los expertos independientes hayan completado la revisión y el análisis de la calidad de los datos. Siempre que sea posible, las reuniones deben ser presenciales (debido a la COVID-19, las reuniones podrían celebrarse virtualmente).

Dependiendo de las circunstancias, se puede invitar a expertos externos a las reuniones del CCG para que asesoren y orienten sobre la interpretación de los datos y maximicen el impacto de la evidencia a través de la promoción.



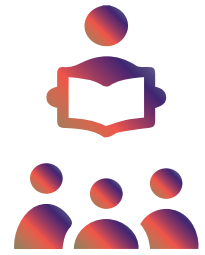
INTEGRACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

El papel de la tecnología en el caso de los datos

Si piensa en le MLC y en los datos que capta como una historia, tendrá una mejor idea de cómo se puede aprovechar la tecnología para ayudarle a contar esa historia. Puede intentar pensar en los datos como un personaje de su historia y, a continuación, pensar en la mejor manera de ocuparse de su reparto (véase la figura 3).

ACTIVIDAD: CUÉNTAME UN CUENTO

A la hora de determinar cómo se puede integrar la tecnología en el MLC, el primer paso es preguntarse: “¿Qué estoy tratando de comunicar?”



1

Definir la premisa principal.

Piensa en tu público y decide qué quieres que sepa o recuerde.

2

Planificar el guion y la narración.

Para que su público conozca o recuerde su premisa principal, ¿qué necesita ver o escuchar? Considere la necesidad de un guion, texto o audio para transmitir su mensaje

3

Identificar los medios de apoyo.

¿Qué quiere que vea, perciba o sienta su público? Para ello, piense en la posible necesidad de imágenes, vídeos, gráficos, tablas, citas o interactivos.

FIGURA 2 Consideraciones sobre el uso de la tecnología en el MLC: amplificar su historia

 <p>PROPÓSITO</p> <ul style="list-style-type: none"> → Por qué recogemos datos? → ¿Qué es lo que pretende mostrarnos? → ¿Qué va a rastrear? → ¿Cómo podemos utilizar lo que encontramos? 	 <p>TEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿A quién encuestamos? → ¿A quién no estamos encuestando? → ¿Cómo vamos a llegar a ellos? → ¿Estamos autorizados a encuestarlos? 	 <p>AUDIENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿A quién van dirigidos estos datos? → ¿Deben estar restringidos o disponibles para todos (datos abiertos)? → ¿Reglas sobre permisos y acceso?
 <p>TIPOS</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿Qué tipo de datos estamos recogiendo? → ¿Texto, números, audio, vídeo, localización, comportamiento? → ¿Nos interesa lo que la gente hace (actividad) y cómo piensa (motivaciones)? 	 <p>COLECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿Cómo vamos a recoger a los datos? → ¿Cómo organizaremos los datos? → ¿Cómo vamos a transferir los datos? 	 <p>ALMACENAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿Cómo vamos a almacenar los datos? → ¿Dónde se almacenan los datos? → ¿Necesitamos copias de seguridad? → ¿Cuánto tiempo conservamos los datos?
 <p>SEGURIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿Pueden los datos poner en peligro a alguien? → ¿Cómo mantenemos la seguridad de todos? → ¿Qué información NECESITAMOS y cuál NO NECESITAMOS? → ¿Qué información podemos anonimizar? → ¿Qué protocolos existen en caso de infracción? 	 <p>USO</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿Quién utilizará estos datos? → ¿Cómo lo van a utilizar? → ¿Quién utilizará lo que han hecho con los datos? → ¿Es necesario hacer un seguimiento del uso? 	 <p>PROPIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> → ¿A quién pertenecen los datos? → ¿Quién puede acceder a ella? → ¿Cuándo pueden acceder a ella? → ¿En qué fase se podrá acceder a los datos? → ¿Caducan los derechos de propiedad?

A continuación, siga el “viaje de datos” del cuadro 3 para ver qué tipo de tecnología necesita en las distintas etapas del proceso. **El viaje de los datos abarca seis fases principales:**

FASES PRINCIPALES DEL VIAJE DE DATOS

1

Concepto y configuración. Planificar los indicadores y las preguntas, las respuestas esperadas y las posibles percepciones y/o tendencias. Este ejercicio de planificación garantizará que el equipo sepa qué información está recogiendo y cómo se espera que la utilice. La configuración de la infraestructura tecnológica y la formación también tienen lugar en este punto.

2

Captura y recogida. Los recolectores de datos se embarcan en su misión, armados con sus herramientas de registro (hojas de trabajo en papel para los datos y las respuestas escritas, dispositivo móvil para las fotos y grabaciones de audio). Todos los activos recogidos se prepararán adecuadamente (incluidos el escaneado, la exportación, la transcripción y el resumen) para la siguiente fase. Los teléfonos móviles son preferibles a las tabletas en el campo, porque los teléfonos son:

- Más pequeños y discretos, lo que reduce el riesgo de que los recopiladores de datos se conviertan en objetivo de las fuerzas de seguridad u otros malos actores que quieran confiscar sus dispositivos
- Mejor equipados con tecnología de cancelación de ruido para las grabaciones de audio de las entrevistas
- Más apropiados para su uso, ya que los recopiladores de datos no mostrarán el contenido a los entrevistados (en cuyo caso sería útil una pantalla más grande para la revisión compartida)
- Más familiares para los recopiladores de datos, por lo que requerirán menos formación para su uso que las tabletas u otros dispositivos
- Están equipados con cámaras de alta calidad para tomar fotos contextuales (no de individuos) y escanear documentos (como parte del proceso de recogida de datos)

3

Revisión y verificación. Los supervisores de datos de MLC recibirán y cotejarán los datos y verificarán que los datos recopilados cumplan con los controles de calidad y estén etiquetados correctamente antes del empaque final y el envío seguro a un portal de datos seguro (a través de una computadora). El portal será el almacén de datos/fuente principal para todos los registros de CLM y de promoción relacionados.

4

Análisis y evaluación. Una vez disponibles en el portal, el equipo de análisis podrá acceder a los datos recogidos y evaluarlos. Los miembros del equipo podrán extraer una copia de los datos disponibles y deberán presentar y enlazar/cargar cualquier resultado procesado de nuevo en el portal (atribuyendo la fuente pertinente al producto o informe derivado).

5

Presentación de informes y distribución. El equipo de análisis se comunicará con el equipo de MLC sobre cualquier ajuste o hallazgo preliminar de forma continua. Además, todos los informes completados estarán disponibles en el portal para el equipo de MLC, de modo que sigan estando al tanto de los hallazgos emergentes.

6

Promoción y aplicación. Los resultados del análisis y de los informes pueden convertirse en mensajes, pruebas y visualizaciones adecuadas que pueden utilizarse para apoyar los esfuerzos de promoción y aplicación de la sociedad civil y los socios.

LOS DATOS VIAJE

TABLA 3

Las fases de MLC y cómo se pueden integrar diferentes tecnologías a lo largo del camino

CONCEPTO Y CONFIGURACIÓN	CAPTURA & COLECCIÓN	REVISIÓN Y VERIFICACIÓN	ANÁLISIS Y RECONOCIMIENTO DE PATRONES	INFORMES Y DISTRIBUCIÓN	PROMOCIÓN Y APLICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> → Diseñar indicadores para la observación → Confirmar el formato de los datos para el análisis → Considerar el formato de los datos para su captura → Considerar las transformaciones de datos necesarias → Considerar el viaje, la transferencia y el almacenamiento de los datos → Autorización del IRB → Formación del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> → Registrar los datos cuantitativos en hojas de trabajo → Registrar los datos cualitativos (ideas clave, citas) en hojas de trabajo → Registrar las entrevistas cualitativas en grabaciones de audio → Capturar fotos de las instalaciones, de las hojas de trabajo completadas y del contexto físico del lugar (pero no de las personas). 	<ul style="list-style-type: none"> → Traducir y transferir los datos de las hojas de trabajo a la herramienta digital → Completar los campos de datos requeridos en el formulario digital → Capturar las respuestas a las preguntas, las ideas clave y las citas en la herramienta digital (con referencias al código de tiempo) → Cargar/actualizar la transcripción de audio 	<ul style="list-style-type: none"> → Notificación de los datos al equipo de análisis → Limpieza y normalización de los datos → Revisión de los datos y seguimiento con el MLC → Análisis y desarrollo de ideas → Revisión → Envío de análisis y notas clave → Citas clave y registro de códigos de tiempo → Indexación y etiquetado 	<ul style="list-style-type: none"> → Información provisional al MLC → Indicaciones de ajuste al MLC si es necesario → Creación de actualizaciones provisionales → Creación del informe final → Creación de activos compatibles 	<ul style="list-style-type: none"> → Promoción apoyada por activos compatibles (rastreados en la herramienta digital cuando se conoce)

SEGURIDAD DE DATOS






<ul style="list-style-type: none"> → Configurar el almacenamiento de datos → Configurar el formato de captura de datos → Configurar las herramientas de captura de datos → Configurar las herramientas de transferencia de datos → Configurar el almacenamiento de datos y las copias de seguridad → Configurar el contenido y las traducciones → Probar el proceso de captura de datos 	<ul style="list-style-type: none"> → Recoger las hojas de trabajo cuantitativas de cada recolector de datos → Recoger las hojas de trabajo cualitativas y las grabaciones de audio asociadas de cada recopilador de datos → Cargar la versión digital de cada elemento recogido 	<ul style="list-style-type: none"> → Verificación por parte del supervisor de la exactitud de los datos introducidos → Cotejo de las presentaciones para el período de presentación de informes → Actualización y notificación de las presentaciones 	<ul style="list-style-type: none"> → Análisis de períodos cruzados → Proyecciones y comparaciones → Análisis y estándares de clasificación entre países u otros → Registro de ideas o hipótesis clave 	<ul style="list-style-type: none"> → Presentación al grupo consultivo de la comunidad → Distribución de los bienes compartidos 	<ul style="list-style-type: none"> → Revisión de la funcionalidad del MLC para la siguiente fase de captura de datos
--	--	---	---	--	---

OPCIONES TECNOLÓGICAS

<ul style="list-style-type: none"> → Base de datos → Herramienta de encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> → Papel → Tableta → Móvil → Datos móviles 	<ul style="list-style-type: none"> → Computadora → Plataforma en la nube → Wi-Fi 	<ul style="list-style-type: none"> → Computadora → Plataforma en la nube → Wi-Fi 	<ul style="list-style-type: none"> → Computadora → Plataforma en la nube → Wi-Fi 	<ul style="list-style-type: none"> → Computadora → Software de visualización de datos → Diseño digital
--	--	---	---	---	---

En función de su viaje de datos, pueden ser preferibles diferentes herramientas de recogida de datos. La información de la Tabla 4 puede ayudarle a elegir el tipo de tecnología adecuado para su enfoque de GLC. Recomendamos sopesar las ventajas y desventajas de cada opción tecnológica, en función de su contexto.

TABLA 4 Las herramientas tecnológicas adecuadas para apoyar el viaje de datos ideal

	 PAPEL	 MÓVIL	 TABLETA	 COMPUTADORA
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> → Lo mejor para tomar notas rápidamente → No está limitado por la potencia o el acceso a los datos → Interfaz familiar → Bajo coste 	<ul style="list-style-type: none"> → Discreto → Fotografías y grabación de vídeo de alta calidad → Contenido compartible al instante → No está limitado por la cantidad → Interfaz familiar 	<ul style="list-style-type: none"> → Bueno para ver → Bueno para escribir → El contenido se puede compartir al instante → No está limitado por la cantidad 	<ul style="list-style-type: none"> → Lo mejor para escribir a máquina → Lo mejor para compilar, revisar y presentar → Lo mejor para el análisis
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> → Limitado a la cantidad disponible → Necesita digitalizarse 	<ul style="list-style-type: none"> → Dificultad para teclear → Alto coste 	<ul style="list-style-type: none"> → Torpe para tomar notas de forma activa → Alto coste 	<ul style="list-style-type: none"> → Poca movilidad → Alto coste
Dependencias	<ul style="list-style-type: none"> → Impreso → Conservación → Desecho adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> → Datos del móvil → Batería → Almacenamiento para la grabación de medios → Almacenamiento de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> → Datos del móvil → Batería → Almacenamiento para la grabación de medios → Almacenamiento de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> → Potencia estable → Wi-Fi
Consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> → Excelente en combinación con el móvil para los datos cualitativos → Excelente para datos cuantitativos si, por ejemplo, la fuente de contenido está en un formato diferente (desconocido) que requiere cálculos 	<ul style="list-style-type: none"> → Excelente para las grabaciones de audio durante las entrevistas cualitativas → Excelente para las fotos de los datos cuantitativos en el registro del centro de salud → Ideal para las fotos de las hojas de trabajo en papel completadas como copia de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> → Se puede utilizar de forma similar a un teléfono móvil (pero no óptima) → Es ideal para proporcionar contenido para la retroalimentación (ver este vídeo/usar esta aplicación/ver este diseño, y luego responder a estas preguntas). 	<ul style="list-style-type: none"> → Ideal para actividades de planificación, recogida, transferencia y análisis → Aceptable para la captura simple de datos

El apoyo técnico general para la implantación del MLC puede gestionarse a través de un grupo de WhatsApp. Este grupo puede ocuparse de preguntas y aclaraciones generales a medida que los miembros trabajan en las

fases del viaje de datos. Otro tipo de apoyo técnico específico de la GLC puede facilitarse directamente a través de otros canales de comunicación, como videoconferencias, correo electrónico y llamadas.



PRINCIPIOS RECTORES DE LA GESTIÓN DE DATOS

Ética, seguridad y protección de datos

El MLC suele implicar la recopilación de información muy sensible y personal sobre la salud de las personas y sus experiencias. La privacidad de las personas y sus consentimientos son extremadamente importantes para la recopilación de datos para el MLC. La experiencia en la aplicación del MLC ha demostrado que la pérdida de la privacidad, de la confidencialidad y la seguridad son razones comunes para que las personas eviten utilizar los servicios sanitarios. El objetivo de salud pública del MLC debe equilibrarse cuidadosamente con el derecho individual a la privacidad y a la confidencialidad.

El primer paso, antes de recoger cualquier dato, es garantizar el consentimiento informado de los participantes.

Las discusiones de los grupos focales con los jóvenes en la RCTO de ITPC en África Occidental subrayaron la importancia de la confidencialidad y la privacidad, que surgió como una de las principales razones para no acceder a la terapia antirretroviral.

TABLA 5 Consejos para garantizar el consentimiento informado de los participantes en el MLC y la promoción relacionada

OBSTÁCULO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	¿CÓMO EL MLC Y LA PROMOCIÓN RELACIONADA PUEDEN SUPERAR EL OBSTÁCULO?
Idioma	Utiliza la lengua materna de la persona en el formulario de consentimiento y al hablar con ella.
Alfabetización	Ofrece opciones de comunicación escrita y oral.
Comprensión	Utiliza palabras sencillas para explicar el MLC y cómo se pide a los participantes que se involucren en él. Evita los acrónimos, las abreviaturas y la jerga. Habla despacio y con claridad.
Edad	Si una persona es menor de 18 años, no puede dar su consentimiento para participar en el MLC sin que estén presentes sus padres o su cuidador (un tutor legal). Por este motivo, generalmente se aconseja tomar muestras de adultos mayores de 18 años. Si el MLC tiene como objetivo específico tomar muestras de adolescentes y jóvenes, debe obtener el consentimiento del participante, así como de sus padres o cuidadores.

OBSTÁCULO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	¿CÓMO EL MLC Y LA PROMOCIÓN RELACIONADA PUEDEN SUPERAR EL OBSTÁCULO?
Momento del debate	Pedir a los participantes que respondan a las preguntas antes de haber accedido a los servicios sanitarios puede hacer que vean la participación en el MLC como un requisito para acceder a esos servicios. Es aconsejable pedir el compromiso de los participantes después de que hayan recibido los servicios por los que acudieron al centro. Reforzar que su participación es voluntaria.
Cantidad de tiempo asignada	Asegúrate de que hay tiempo suficiente para el debate, de modo que el participante (y el recopilador de datos) no se sientan apurados.
Sesgo de deseabilidad social	Se refiere a la tendencia de los participantes en la investigación a elegir las respuestas que creen que son más deseables o aceptables socialmente, en lugar de elegir las respuestas que reflejan sus verdaderos pensamientos o sentimientos. Esto significa que una persona puede decir que está de acuerdo en participar en el MLC cuando realmente no quiere hacerlo. Asegúrese de ofrecer claramente la opción aceptable de no participar en el MLC. Puede ser una buena idea repetir esta opción varias veces.

Una vez recogidos los datos, hay **tres conceptos interrelacionados** que afectan su protección:



LA PRIVACIDAD es un concepto tanto legal como ético. El concepto legal se refiere a la protección jurídica que tiene un individuo para controlar el acceso y el uso de la información personal. La privacidad proporciona el marco general en el que se aplican la confidencialidad y la seguridad. La protección de la privacidad varía según las jurisdicciones y está definida por la ley y la normativa.



LA CONFIDENCIALIDAD se refiere al derecho de una persona a proteger sus datos durante el almacenamiento, la transferencia y el uso para evitar la divulgación no autorizada de esa información. Las políticas y los procedimientos de confidencialidad deben incluir un debate sobre el uso y la difusión adecuados de los datos sanitarios, teniendo en cuenta sistemáticamente las cuestiones éticas y jurídicas definidas por las leyes y los reglamentos en materia de privacidad.



LA SEGURIDAD es un conjunto de enfoques técnicos para abordar cuestiones que abarcan la protección física, electrónica y de procedimiento de la información recopilada. Los debates sobre la seguridad deben incluir la identificación de las posibles amenazas para los sistemas y los datos. Estas discusiones deben abordar la protección de los datos contra la divulgación inadvertida o maliciosa y las fallas del sistema y los errores de los usuarios que hacen que los datos no estén disponibles.

FUENTE: UNAIDS (2019) *The Privacy, Confidentiality and Security Assessment Tool: User Manual*.
 Online at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confidentiality_security_tool_user_manual_en.pdf

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD, LA CONFIDENCIALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS PARTICIPANTES EN EL MLC

- ✓ **Asegúrate de tener el consentimiento informado de los participantes antes de hacer cualquier pregunta.**
- ✓ **Haga las preguntas en un lugar seguro y tranquilo, donde no puedan verle ni oírle otras personas.**
- ✓ **Nunca registre los nombres de los participantes en las herramientas de recopilación de datos o en las bases de datos electrónicas.**
- ✓ **Tenga una política de seguridad de datos por escrito que defina cómo se recogen, almacenan y comparten los datos.**
- ✓ **Limitar el número de personas que tienen acceso a los datos del MLC.**
- ✓ **El MLC debe almacenarse de forma segura (por ejemplo, en un ordenador protegido por contraseña).**
- ✓ **Garantizar la transferencia segura de datos mediante el uso de Internet seguro (por ejemplo, [https ://](https://)).**
- ✓ **Gestionar los permisos y privilegios de acceso al portal de datos y a los mecanismos de transferencia.**
- ✓ **Poner contraseñas en los ordenadores y documentos en los que se almacenan digitalmente los datos del MLC.**
- ✓ **En el caso del MLC en papel, asegúrese de que los cuestionarios se guardan en un armario cerrado con llave.**
- ✓ **Una vez que los datos se transfieran al portal, elimine las materias primas que se utilizaron para recopilarlos.**

FIGURA 2 Ejemplo de formulario de consentimiento informado para los participantes en el MLC

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE DEBEN FIRMAR TODOS LOS PARTICIPANTES

Hola. Me llamo **[NOMBRE DEL RECOPIADOR DE DATOS]**. Formo parte de un equipo que está llevando a cabo monitoreos liderados por la comunidad en **[LUGAR]**. Voy a empezar explicando este proyecto y asegurándome de que se siente cómodo participando. ¿Está bien si continúo?

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

- Te invitamos a participar en la implementación del MLC.
- El MLC es un mecanismo que recoge y analiza de forma sistemática y rutinaria la información de los centros sanitarios y de las personas que acceden a los servicios en ellos.
- El objetivo del proyecto es analizar esta información para identificar las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios y la atención, y fundamentar la promoción para mejorarlos.
- Se te ha pedido que participes porque has accedido a los servicios de **[NOMBRE DEL CENTRO]**.
- Este estudio incluirá una muestra de aproximadamente **[NÚMERO]** participantes de **[NÚMERO]** centros de salud.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN?

- Si decides participar en este proyecto, se te pedirá que respondas a **[NÚMERO]** preguntas. Esta parte te llevará unos **[DURACIÓN ESTIMADA]** minutos.
- Es posible que también se te pida que participes en un debate de grupo, en el que se te pedirá que compartas más información sobre tu experiencia de acceso a los servicios en este centro de salud. Esta parte durará unos **[DURACIÓN ESTIMADA]** minutos.
- Puedes hacer cualquier pregunta que tengas antes, durante y después de la entrevista.

¿HAY ALGÚN RIESGO PARA MÍ?

- Este proyecto es anónimo. No se registrará tu nombre ni ningún otro dato de identificación ni en el cuestionario ni en el informe final.
- Debido a la naturaleza del VIH y la salud sexual y reproductiva, varias preguntas son de carácter personal y otras incluyen temas como el sexo y el estigma y la discriminación.
- Si en algún momento te sientes incómodo con el contenido del debate, puedes optar por saltarte una pregunta o dejar de participar por completo. Completar todas las preguntas es voluntario y puedes dejar de hacerlo o retirarte en cualquier momento.

¿HAY ALGÚN BENEFICIO PARA MÍ?

- Una vez completadas las preguntas, recibirás información sobre el VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esto puede beneficiar a tu propio conocimiento y acceso a los servicios.
- Recibirás un subsidio de transporte de **[CANTIDAD]** por tu participación en este proyecto.
- Tu participación ayudará a mejorar el acceso y la calidad de la prevención, los servicios y el tratamiento del VIH en **[NOMBRE DEL PAÍS]**.

No dudes en ponerte en contacto con los responsables del equipo del observatorio comunitario del tratamiento. Si tienes alguna pregunta sobre este proceso, los datos de contacto del líder del equipo son.

- **[NOMBRE] [NÚMERO DE TELÉFONO]**
- **[NOMBRE] [NÚMERO DE TELÉFONO]**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO: He leído/escuchado y comprendido la información anterior y he recibido respuesta a todas mis preguntas por parte del entrevistador. Acepto participar en el proceso de forma voluntaria.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

Uso de datos para la promoción: Visualización, promoción, comunicaciones estratégicas y retroalimentación local

Para que el MLC sea eficaz, los datos deben analizarse y utilizarse como pruebas para influir en el cambio. Recuerda que el objetivo final del MLC no es la recopilación de datos, sino el uso de las pruebas resultantes para mejorar la política y la práctica.

Haciendo que los números hablen: Cómo analizar, visualizar y hacer operativos los datos para marcar la diferencia

Antes de diseñar tu plan de promoción, es una buena idea analizar y visualizar los datos del MLC. Esto te ayudará a ver las lagunas, los problemas y las oportunidades. La forma de analizar estos datos puede suponer una gran diferencia, como muestran los siguientes ejemplos.

El objetivo final del MLC no es la recopilación de datos, sino el uso de las pruebas resultantes para mejorar la política y la práctica.

EJEMPLO 1 La importancia del análisis de tendencias

FIGURA 4. Datos de CLM sobre la supresión de la carga viral entre las personas que viven con el VIH en St. Mary's Teaching Hospital de octubre a diciembre de 2020



La figura 4 muestra los datos hipotéticos del MLC sobre la tasa de supresión viral entre las personas que viven con el VIH en el Hospital Universitario St. Mary. A primera vista, parecen buenos resultados. Parece que el St. Mary's Teaching Hospital ha alcanzado el objetivo de la Vía Rápida de 2020 de que “el 90% de todas las personas que reciben terapia antirretroviral tenga supresión vírica”.

FIGURA 5. Datos de CLM sobre la supresión de la carga viral entre las personas que viven con el VIH en St. Mary's Teaching Hospital de octubre a diciembre de 2020



Sin embargo, si los datos se desglosan (es decir, se desglosan por poblaciones, como entre las mujeres y los adolescentes) durante el período de tres meses, los datos del MLC apuntan de repente a un grave problema de supresión de la carga viral en el Hospital St. Mary. **En la Figura 5, podemos ver que la tasa media de supresión de la carga viral está disminuyendo.** Esto podría deberse a problemas de retención en la atención y/o a la disponibilidad de los regímenes de tratamiento recomendados por la OMS.



CONSEJO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS: En lugar de preguntarte “¿Son buenos estos resultados?”, pregúntate “¿Son estos resultados mejores que antes?”.

EJEMPLO 2 La importancia del desglose por edad y sexo

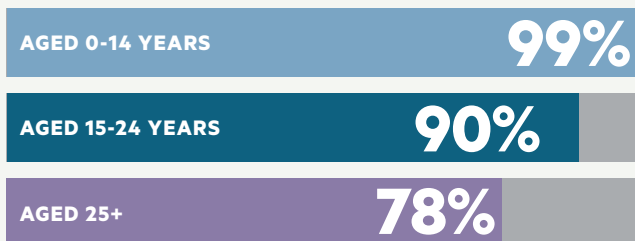
FIGURA 6. CMLC sobre la proporción de las personas que viven con el VIH que recibieron tratamiento antirretroviral en el hospital universitario St Mary de octubre a diciembre 2020



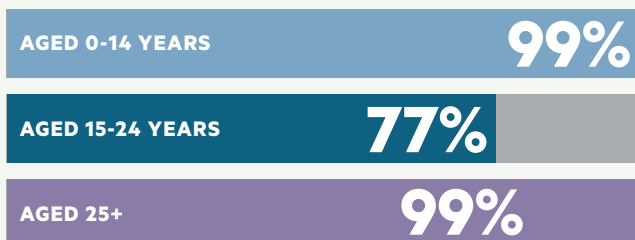
La figura 6 muestra los datos hipotéticos del MLC sobre la proporción de personas que viven con el VIH que accedieron a la terapia antirretroviral sostenida en el Hospital Universitario St. Mary de octubre a diciembre de 2020. Al igual que en el ejemplo 1, estos datos del MLC parecen mostrar que el centro sanitario está llevando a cabo un programa de tratamiento eficaz. Parece que el Hospital Universitario St. Mary ha alcanzado el objetivo de la Vía Rápida para 2020 de que el 90% de las personas que viven con el VIH estén en tratamiento antirretroviral.

FIGURA 7. Datos del MLC sobre la proporción de personas viviendo con el VIH que recibieron tratamiento antirretroviral en el Hospital Universitario St. Mary de octubre a diciembre de 2020

MEN

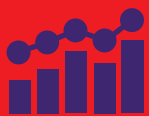


WOMEN



Cuando los datos del MLC de la figura 7 se desglosan por edad y sexo, queda claro que no todas las personas seropositivas atendidas en el Hospital Universitario St. Mary tienen acceso a TAR.

La figura pone de manifiesto los datos del MLC: que las mujeres jóvenes de 15 a 24 años y los hombres mayores de 25 años se están quedando atrás.



CONSEJO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS: En lugar de preguntarte “¿Son buenos estos resultados?”, pregúntate **pregúntate “¿Son buenos estos resultados para todos?”** A menudo, los datos sobre las poblaciones clave no están desglosados, lo que oscurece la eficacia y la calidad de los servicios para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, los transexuales y los consumidores de drogas.



EJEMPLO 3 La importancia de la evaluación comparativa

FIGURA 8. Datos de MLC sobre el % de personas que viven con el VIH en St. Mary's Teaching Hospital que se sometieron a pruebas de detección de TB de octubre a diciembre de 2020

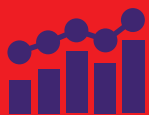
90%

La figura 8 muestra los datos hipotéticos del MLC sobre la proporción de personas que viven con el VIH sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis en el Hospital Universitario St. Mary de octubre a diciembre de 2020. Al igual que en los dos ejemplos anteriores, el limitado análisis hace difícil saber si estos resultados son buenos o no. Parece que el Hospital Universitario St. Mary está en el camino para alcanzar el objetivo de acabar con la Tuberculosis en 2020, para garantizar que el 90% de las personas que han desarrollado tuberculosis sean notificadas y tratadas.

FIGURA 9. Datos nacionales sobre el % de personas que viven con el VIH en el país de St. Maryland que se sometieron a pruebas de detección de la TB de octubre a diciembre de 2020

95%

Si es posible, siempre es bueno comparar los datos del MLC con la información de otra fuente de datos. Esto podría incluir datos a nivel nacional o datos de otro centro de salud cercano. **Sólo si se comparan los datos a nivel de centro de la figura 8 con los datos a nivel nacional de la figura 9, se hace evidente que el Hospital Universitario St. Mary tiene un bajo desempeño.**



CONSEJO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS: En lugar de preguntarte “¿Son buenos estos resultados?”, pregúntate “¿Están estos resultados por encima o por debajo del promedio?”

Planificación de la promoción basada en datos para el MLC: un método de 10 pasos

1

Elige tus prioridades de promoción.

A partir de tus datos, identifica las principales prioridades de promoción que deseas impulsar. Hay dos ángulos que puedes adoptar al elegir las prioridades de promoción, ambos pueden ser útiles y estratégicos dependiendo de tu contexto:

- **OPCIÓN A: Centrarse en las mayores carencias.** Para esta opción, puedes hacerte preguntas como: “¿Dónde están las mayores diferencias entre cómo es el mundo y cómo debería ser?” En otras palabras, examina tus datos e identifica las áreas en las que las cosas están más desviadas, en las que es más probable que no se alcancen los objetivos o en las que las poblaciones se queden más atrás. Estas cuestiones pueden seleccionarse estratégicamente como tus principales prioridades de promoción.
- **OPCIÓN B: Apoyarte en una puerta abierta.** Otra opción es preguntarte: “¿Dónde tengo más probabilidades de tener éxito y marcar una diferencia significativa?” Esto podría incluir el examen de tus datos y la elección de temas en los que pueda ver que hay una tendencia positiva y que se están realizando progresos. Al seleccionar este tema, tu incidencia política puede ser el catalizador para conseguir que un tema supere la línea de meta, especialmente si ya existe un cierto impulso hacia adelante. Puede tratarse de una cuestión política que ha ido ganando terreno en los últimos meses. También puede tratarse de un objetivo que está a punto de alcanzarse, pero no del todo.

EJEMPLO: Prioridades de promoción para un enfoque de MLC:

- Ampliar la disponibilidad de opciones de pruebas del VIH no basadas en centros, incluidos los servicios de pruebas del VIH dirigidos por la comunidad y basados en la comunidad.
- Intensificar las campañas de comunicación y sensibilización sobre el VIH para aumentar la demanda de servicios de pruebas del VIH.
- Incluir objetivos que promuevan y protejan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y de los miembros de las poblaciones clave en los planes estratégicos sobre el VIH con costes.
- Mejorar la comunicación a lo largo de la cadena de suministro para evitar el desabastecimiento de antirretrovirales y otros productos.
- Mejorar la vinculación con la atención y el tratamiento -y su retención-, especialmente para los miembros de las poblaciones clave y vulnerables.
- Reforzar los sistemas y las respuestas comunitarias para apoyar el despliegue de la prestación de servicios diferenciados (DSD).
- Aumentar la financiación para garantizar la disponibilidad de un número suficiente de máquinas de pruebas de carga viral y de suministros de laboratorio para las mismas.
- Mejorar los conocimientos de las personas que viven con el VIH y de los trabajadores sanitarios para aumentar la demanda de servicios de pruebas de carga viral de alta calidad.
- Garantizar un seguimiento eficaz del tratamiento mediante tiempos aceptables de entrega de los resultados de las pruebas de carga viral.

Te recomendamos que no selecciones más de cinco temas para asegurarte de que tus esfuerzos se mantienen centrados. Esto te ayudará a evitar la crítica de la “lista de la compra”, en la que a veces se descarta a los activistas por tener demasiadas prioridades que no parecen bien pensadas.

2

Clasifica tus prioridades por orden de importancia.

Esto te ayudará a planificar tu tiempo y tus recursos para tu trabajo de promoción. También te ayudará a ser más creíble en la mesa de negociación. Para elegir las principales prioridades, podrías preguntarte: “¿Qué cuestiones deben atenderse primero?” o “¿Cuáles son las más urgentes?”.

3

Justifica tus prioridades.

Explica claramente por qué has seleccionado la prioridad de promoción. Es importante utilizar pruebas de los datos del MLC para defender la prioridad de promoción. **Por ejemplo:**

PRIORIDAD DE PROMOCIÓN: Garantizar que el seguimiento del tratamiento sea eficaz proporcionando rápidamente los resultados de las pruebas de carga viral.

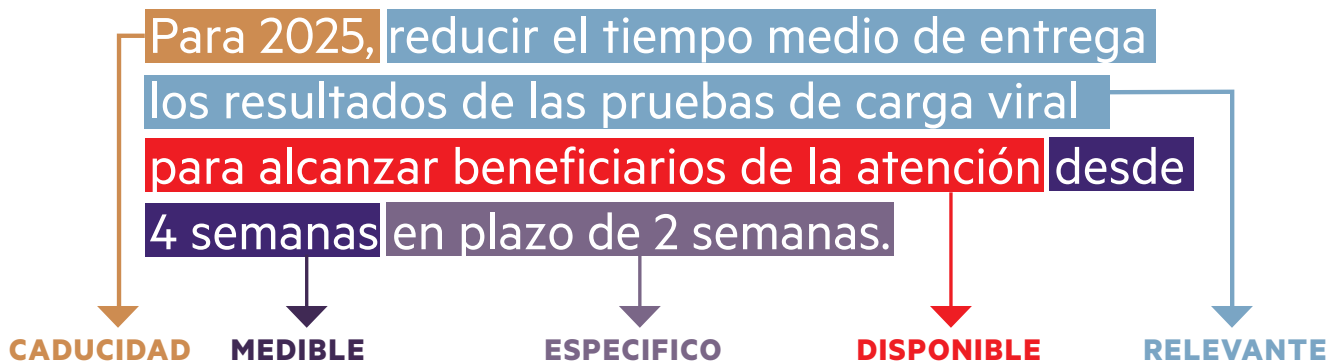
JUSTIFICACIÓN: Entre las 10.000 pruebas de carga viral realizadas en los centros sometidos a MLC entre enero y junio de 2018, solo 2.500 (el 25%) se devolvieron al receptor de la atención en un plazo de dos semanas. Nuestros datos de MLC muestran que existe una conexión entre los tiempos de respuesta más rápidos y los mejores resultados del tratamiento: en los centros en los que se devuelve una mayor proporción de pruebas de carga viral en un plazo de dos semanas, la supresión viral entre las personas que viven con el VIH en TAR es mayor ($p < 0,05$).

4

Establecer objetivos a corto, medio y largo plazo.

Las prioridades de promoción deben ser problemas de alto nivel que se quieren solucionar. Para hacerlas más manejables, es una buena idea desglosarlas en objetivos a corto plazo (algo que quieres conseguir en los próximos meses), objetivos a medio plazo (algo que quieres conseguir en el próximo año) y objetivos a largo plazo (algo que quieres conseguir en los próximos años). Intenta que tus objetivos de promoción sean **SMART** (eSpecíficos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y T con plazos).

EXAMPLE: Objetivos de promoción SMART para un enfoque de MLC



5**Establece tu(s) público(s) objetivo.**

Define tu público objetivo para compartir y debatir los datos de promoción del MLC. Tu público debe ser la gente que usted quiere que escuche su mensaje y actúe en consecuencia. Deben ser personas que estén en una posición de poder para promulgar el cambio que usted quiere ver. Le recomendamos que tenga en cuenta una amplia gama de sectores para su público objetivo potencial, incluyendo el gobierno, la sociedad civil, los medios de comunicación, el sector privado, los donantes, los socios técnicos y el mundo académico. Puede considerar la posibilidad de identificar un público objetivo primario, así como un público objetivo secundario. Por ejemplo, su público objetivo primario podría ser los laboratorios, a los que quiere hacer procesar y racionalizar las muestras para que los centros obtengan sus resultados más rápidamente. Su público objetivo secundario podría estar formado por los proveedores de atención sanitaria que deben notificar al cliente el resultado de su prueba tan pronto como lo reciban del laboratorio.

6**Identificar a los amigos y a los enemigos.**

Para que tu mensaje se escuche y se ponga en práctica, es importante saber quién podría ayudarte en el camino, así como quién podría oponerse a él. Identificar a tus aliados y a tus amigos es muy importante. Los amigos pueden ayudar a amplificar tu voz, pueden apoyar tu incidencia política con financiación o pueden tener ya el oído de tu público objetivo. Es igualmente importante identificar a tus enemigos: las personas que podrían oponerse a ti interponiéndose en tu camino o desanimándote. Identificar a estos actores te ayudará a evitarlos o a desarrollar estrategias específicas para atraerlos eficazmente.

7**Trazar los puntos de entrada.**

Considere cuándo y dónde podrá avanzar en tu programa de promoción. Los puntos de entrada pueden incluir un lugar, una fecha o ambos. Por ejemplo, puede haber una reunión o conferencia clave en la que puedas presentar tus datos e impulsar tu prioridad de promoción. El próximo lanzamiento de un informe, en el que la gente se centrará en tu tema, podría crear una oportunidad para que añadas tu voz a la conversación. Los puntos de entrada pueden ser eventos poco frecuentes (por ejemplo, conferencias mundiales) o más regulares (por ejemplo, reuniones de grupos de trabajo técnicos nacionales).

8**Planificar las actividades y los resultados previstos.**

Esto incluirá los aspectos prácticos de lo que realmente hará para impulsar tu programa de promoción. Puedes incluir la elaboración de informes de promoción, la preparación de diapositivas de PowerPoint, la presentación de resúmenes a conferencias, la realización de llamadas telefónicas, la solicitud de reuniones con los responsables de la toma de decisiones y la obtención de anuncios de televisión o radio. Para cada actividad, considera los resultados previstos. Pregúntate: “¿Qué quiero conseguir con esta acción?”.

9

Considera los recursos disponibles para poner en práctica tu plan de promoción.

Este paso incluye pensar en los recursos humanos, financieros y de tiempo a los que podrías recurrir para poner en práctica tu plan de promoción. Puedes pensar en las oportunidades de financiación de donantes existentes o potenciales y considerar qué miembros del equipo de MVC tienen las habilidades y el tiempo disponibles para implementar las actividades de promoción.

10

Determina las medidas de éxito.

¿Cómo sabrás si tu promoción tiene éxito? Es fundamental establecer criterios de medición del éxito. Es posible que puedas evaluar la eficacia de tu promoción mediante la recopilación continua de datos de MVC. O puede que tengas que hacer una valoración o evaluación por separado.

ACTIVIDAD: DISCURSO DE ACENSOR

Practica tu “discurso de ascensor” para perfeccionar tus habilidades de promoción



Imagina que acabas de entrar en un ascensor. Dentro, ves a un alto funcionario del gobierno que es el público objetivo de tu prioridad de promoción.

Ambos suben al décimo piso del edificio, un trayecto que les llevará aproximadamente un minuto. En este tiempo, tienes que explicarle tu programa de promoción a esta persona y convencerla de que actúe. Ponte al lado de un colega o amigo y practica tu discurso de ascensor. Pon un temporizador o un cronómetro durante un minuto. Comprueba si eres capaz de explicarles las cosas en un breve espacio de tiempo y comprueba si les convence o no tu defensa.

¡Suerte!



CONSEJOS PARA UNA IMPLANTACIÓN EFICAZ DEL MLC:

- Utiliza siempre ejemplos de tus datos para justificar tus afirmaciones.
- Convince a tu público del rigor con el que ha recogido y analizado sus datos. Para ello, puedes subrayar el tamaño de la muestra o señalar las colaboraciones con instituciones académicas.



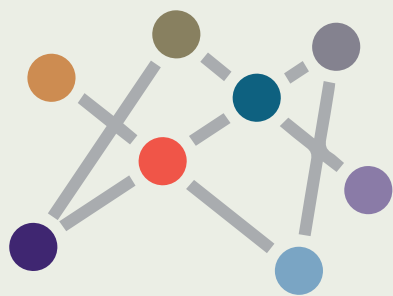
RECURSOS Y FINANCIACIÓN DE MLC

CUADRO 6 Categorías de costes para el MLC

COMPONENTE MLC	DETAILS	CATEGORÍAS DE COSTES RECOMENDADAS (Consideraciones sobre los recursos)
<p>Educación</p>	<p>Llevar a cabo una educación interactiva sobre el tratamiento y el desarrollo de capacidades con los miembros de la comunidad para proporcionarles los conocimientos pertinentes sobre el VIH, la COVID-19 y la tuberculosis, así como sobre los derechos humanos.</p> <p>Las comunidades tienen que entender lo que están controlando: qué recoger, por qué recogerlo y cómo se va a utilizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Análisis de la situación: Identificar los esfuerzos existentes en materia de MLC y/o identificar los problemas conocidos que se deben aprovechar en las reuniones iniciales: a nivel nacional, a nivel de distrito, a nivel comunitario (transporte, paquete de conferencias o alquiler de salas, facilitación, materiales impresos, audiovisuales, refrigerios) → Programa de formación (redactar y publicar un conjunto de herramientas de formación, contratar a un facilitador o formador para la reunión, proporcionar acceso a Internet) <ul style="list-style-type: none"> • Suministros (papelaría y bolígrafos, rotafolios) • EPI (desinfectante de manos, mascarillas) → Gastos de personal: Punto focal, supervisores de datos, líder de M&E → Apoyo básico para la organización principal de MLC (gastos generales, honorarios administrativos, apoyo financiero y programático a tiempo parcial)
<p>Pruebas</p>	<p>Definir el alcance de la aplicación del MLC: Identificar las cuestiones prioritarias y desarrollar indicadores que incluyan indicadores específicos de la enfermedad y sensibles a COVID-19. (Por ejemplo: ¿Sus actividades se centrarán en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención o el apoyo o los sistemas comunitarios? ¿En cuál de los Ejes se centrarán? ¿Cuál es el problema que quiere abordar?)</p> <p>Recogida y gestión de datos: Desarrollar herramientas de recogida de datos para capturar información y desglosar estos datos en el marco de sus indicadores. Probar las herramientas de recogida de datos y recopilar los datos de referencia. El proceso de gestión de datos debe incluir la verificación de los datos, los procedimientos de garantía de calidad y la revisión rutinaria de los datos.</p> <p>Análisis de datos: Llevar a cabo una revisión rutinaria de los datos para analizar las tendencias, comparar los datos anteriores a COVID con las tendencias mensuales actuales cuando estén disponibles, identificar los cuellos de botella e identificar los éxitos a partir de la revisión de los datos y el análisis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Costes de personal: Recolectores de datos (dos personas por cada sitio X, la recolección de datos se repite mensual o trimestralmente); equipo de datos que incluye al supervisor de datos, al oficial de M&E y a la persona líder del punto focal. → Equipo: Papel, herramientas, tabletas para los recolectores de datos, transporte para los recolectores de datos, Internet/paquete de datos para los recolectores de datos, impermeables, ordenadores portátiles, bolsas, EPI, etc. → Costes de gestión de datos: Apoyo para organizar y sistematizar el proceso de elaboración de informes mensuales. Apoyo para el análisis de los datos entrantes, incluida la codificación de los datos cualitativos → Plataforma de datos: Alojamiento, acceso, mantenimiento, etc. → Honorarios para asegurar las aprobaciones éticas y aplicar los protocolos de privacidad y seguridad recomendados → Evaluación de la línea de base → Formación: Equipo de datos, recolectores de datos → Reuniones mensuales de grupos de discusión para la recogida de datos cualitativos, grabadoras de voz, visitas mensuales de supervisión → Apoyo básico a la organización que supervisa el MLC



COMPONENTE MLC	DETAILS	CATEGORÍAS DE COSTES RECOMENDADAS (Consideraciones sobre los recursos)
<p>Compromiso</p>	<p>Convocar reuniones periódicas mensuales o trimestrales a través de un CCG u otro proceso de participación de múltiples partes interesadas para la creación conjunta de soluciones, como un CCM o un equipo de trabajo de respuesta COVID-19. Incluya a representantes de redes nacionales de personas que viven con el VIH, grupos de supervivientes de la tuberculosis, iniciativas contra la malaria, grupos de población clave, centros de atención sanitaria, receptores de atención, expertos en salud pública y VIH, gestores de programas, responsables políticos y socios académicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Apoyo a las convocatorias de los CCG (transporte, costes de las reuniones, facilitación, material impreso, medios audiovisuales): bianualmente a nivel nacional; trimestralmente a nivel de distrito → Redacción y difusión de informes trimestrales → Apoyo básico a la organización anfitriona del MLC
<p>Incidencia política de los derechos</p>	<p>Cuando la recopilación de datos revele deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios, el CCG se reunirá con los responsables de la toma de decisiones o de la formulación de políticas pertinentes para crear conjuntamente soluciones para ellos (desabastecimiento, cuestiones de derechos humanos y otros problemas) y para exigir responsabilidades a los responsables de la toma de decisiones, según sea necesario. Presionar para que se apliquen las soluciones creadas conjuntamente si no hay avances.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Apoyo al análisis de políticas y al diseño y desarrollo de campañas de promoción → Reunirse con los responsables políticos sobre cuestiones de promoción a nivel nacional, de distrito y comunitario (transporte, gastos de reunión, material impreso) al menos cada dos años, idealmente cada tres. → Apoyo básico a la organización que alberga el MLC y a la promoción relacionada



ANEXOS



ANEXO A

Definiciones del MLC de ONUSIDA, Fondo Mundial y PEPFAR

ORGANIZACIÓN	DEFINICIONES
<p>ONUSIDA <i>Vigilancia dirigida por la comunidad (MLC)</i></p>	<p>QUÉ: Un mecanismo de rendición de cuentas para las respuestas al VIH a diferentes niveles, dirigido y ejecutado por organizaciones locales de personas que viven con el VIH, redes de poblaciones clave, otros grupos afectados u otras entidades comunitarias. El MLC utiliza una plataforma estructurada y monitores inter pares rigurosamente formados para recopilar y analizar de forma sistemática y rutinaria datos cualitativos y cuantitativos sobre la prestación de servicios relacionados con el VIH, incluyendo datos de personas en entornos comunitarios que podrían no tener acceso a la atención sanitaria, y para establecer ciclos rápidos de retroalimentación con los gestores de programas y los responsables de la toma de decisiones en materia de salud. Los datos del MLC permiten determinar qué funciona bien, qué no funciona y qué debe mejorarse, con sugerencias de acciones específicas para mejorar los resultados.</p> <p>QUIÉN: Organizaciones locales dirigidas por la comunidad de personas que viven con el VIH, grupos de población clave, otros grupos afectados y otras entidades comunitarias.</p> <p>¿POR QUÉ?: El modelo y las intervenciones del MLC sirven como vigilantes de la respuesta nacional al VIH y permiten a las comunidades, los centros sanitarios y los gobiernos identificar rápidamente los obstáculos a los servicios relacionados con el VIH y responder a ellos.</p>
<p>El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria <i>Vigilancia comunitaria (CBM)</i></p>	<p>QUÉ: Un mecanismo mediante el cual los usuarios de los servicios recopilan, analizan y utilizan la información de forma continua para evaluar y mejorar la eficacia, la calidad, la accesibilidad y el impacto de los programas y servicios sanitarios que reciben. Las comunidades deciden qué supervisar y actúan en función de los datos a través de la promoción basada en pruebas. El MLC puede supervisar los servicios de VIH, tuberculosis y malaria, así como la disponibilidad de medicamentos esenciales y las violaciones de los derechos humanos.</p> <p>QUIÉN: Los usuarios de los servicios y las comunidades locales.</p> <p>¿POR QUÉ?: Mejorar el acceso, la calidad y el impacto de los servicios, y hacer que los proveedores de servicios y los responsables de la toma de decisiones rindan cuentas.¹</p>

(1) https://www.theglobalfund.org/media/9622/core_css_overview_en.pdf?u=637319006203930000



ORGANIZACIÓN	DEFINICIONES
<p>Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) <i>Supervisión dirigida por la comunidad</i></p>	<p>QUÉ: Un enfoque iniciado por las comunidades para recopilar de forma rutinaria y sistemática datos cuantitativos y cualitativos sobre los servicios de VIH de los receptores de dichos servicios.</p> <p>QUIÉN: Lo aplican grupos comunitarios y de la sociedad civil, redes de personas que viven con el VIH y poblaciones clave u otras entidades afectadas y/o comunitarias.</p> <p>¿POR QUÉ?: Tiene como objetivo traducir las percepciones de los datos en acción y cambio. Es importante porque sitúa las necesidades y las voces de la comunidad en el centro de la respuesta al VIH.ⁱⁱ</p>

Datos comunitarios, definición y varios ejemplos

En todo el mundo se han implantado varios modelos de seguimiento comunitario que se adaptan a los diferentes contextos, infraestructuras y capacidades locales.

Comités de centros de salud: Los proveedores de atención sanitaria y los representantes de la comunidad se reúnen en comités de centros de salud,

hacen un seguimiento y revisan las quejas planteadas por los beneficiarios de la atención sanitaria, y luego proporcionan regularmente información sobre cómo se han abordado.

Tarjetas de informe de los ciudadanos: Se hace un seguimiento de la calidad de los servicios sanitarios según los parámetros que las comunidades han identificado y priorizado. Los avances en estos parámetros pueden medirse con respecto a una norma nacional o al rendimiento de otros centros sanitarios

(ii) US Department of State <https://www.state.gov/community-led-monitoring/#:~:text=Why%20does%20PEPFAR%20support%20Community,the%20community%20and%20facility%20level>



locales. Para abordar estas cuestiones, lo mejor es revisar las evaluaciones en reuniones entre los proveedores de servicios sanitarios y las comunidades.

Tarjetas de puntuación de la comunidad: Se basan en indicadores elaborados en colaboración por los representantes de la comunidad y los proveedores de atención sanitaria. Estos indicadores se utilizan para hacer un seguimiento del rendimiento y la calidad de los sistemas sanitarios y se traducen en un plan de acción que se evalúa conjuntamente por las comunidades y los proveedores de atención sanitaria.

Defensores de la salud: Han sido el canal para tratar las quejas de los beneficiarios de la atención sanitaria en algunos entornos. Además de educar a las comunidades sobre las normas de la política sanitaria local y sus derechos, los defensores de la salud también recogen las quejas y hacen un seguimiento de su resolución. Los defensores de la salud trabajan con los proveedores de atención sanitaria para elaborar soluciones a los problemas que han identificado y diseñar un calendario de actuación.

Observatorios comunitarios: Los observatorios comunitarios recogen regular y sistemáticamente datos cuantitativos (de los registros de los centros sanitarios) y cualitativos (de los receptores de la atención) sobre la calidad de los servicios a lo largo de la cascada de prevención, pruebas, atención y tratamiento del VIH. Los representantes de la comunidad, que han recibido formación, recopilan datos, hacen un seguimiento de las tendencias con respecto a una base de referencia y promueven los cambios necesarios.

Observatorios comunitarios de salud: Del mismo modo, los observatorios comunitarios de salud se basan en monitores de salud, representantes de la comunidad o trabajadores sanitarios de la comunidad, que informan de las desviaciones y/o disfunciones en la prestación de servicios en los centros de salud a los facilitadores del observatorio, mediante aplicaciones telefónicas o en reuniones presenciales.



ANEXO B

Menú de indicadores cuantitativos y cualitativos para el MLC centrado en el VIH y la promoción correspondiente

CUADRO 8 Ejemplos de indicadores cuantitativos que pueden recogerse a través del MLC

ÁREA	INDICADOR	DESGLOSE
Prevenión y pruebas	Número de pruebas de VIH realizadas	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número de resultados positivos en las pruebas del VIH	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Resultados positivos de las pruebas en proporción al número total de pruebas realizadas (positividad del VIH)	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	¿Se han agotado las existencias de kits de pruebas del VIH en el último mes (sí/no)?	Tipo de prueba (rápida, de sangre, propia)
	Si se ha producido un desabastecimiento de kits de pruebas, ¿cuántos días duró antes de resolverse?	n/a
	Número de personas iniciadas en la PrEP	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que siguen tomando la PrEP un mes después de iniciarla	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número de personas a las que se les inició la profilaxis post exposición (PEP)	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que completan el ciclo completo de 28 días de PEP	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)

AREA	INDICATOR	DISAGGREGATION
Cuidados y tratamiento	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH que recibieron una prueba de referencia de recuento de CD4 antes de iniciar la terapia antirretroviral	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH que presentan una enfermedad avanzada (recuento de CD4 <200 células/mm ³)	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen un resultado positivo y que acaban de iniciar la terapia antirretroviral	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número de personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH y que se sabe que están en tratamiento antirretroviral 12 meses después de iniciarlo	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	¿Ha habido un desabastecimiento de ARVs en el último mes (sí/no)	Tipo de ARV (nombre del medicamento); régimen (1ª línea, 2ª línea, 3ª línea, pediátrico)
	Si se ha producido un desabastecimiento de ARV, ¿cuántos días duró antes de resolverse?	n/a
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis	Edad (0-14/15+); sexo (M/F/T); población (población general, mujeres embarazadas, personas que se inyectan drogas, personas transgénero, mineros/exmineros, trabajadores sanitarios, poblaciones migrantes, presos)
	Número o porcentaje de personas elegibles que viven con el VIH iniciadas en la terapia preventiva de la tuberculosis	Edad (0-14/15+); Sexo (M/F); Población (población general, mujeres embarazadas, PWID, mineros/exmineros; trabajadores de la salud; poblaciones migrantes; presos)
Adherencia y supresión viral	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH inscritas en DSD	Tipo de modelo de DSD (vía rápida, grupos de reposición de ART basados en la comunidad, ART basado en el centro de grupos de reposición, dispensación de varios meses, clubes de adolescentes, centrados en la familia, etc.)
	Número de pruebas de carga viral realizadas	n/a
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH que han recibido una prueba de carga viral en el último año	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH que recibieron los resultados de la prueba de carga viral en las dos semanas siguientes a la realización de la prueba	En 2 semanas; en un mes; más de un mes

AREA	INDICATOR	DISAGGREGATION
Adherencia y supresión viral	Número o porcentaje de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral que han logrado la supresión viral	Edad (<25/25+); sexo (M/F/T); población (población general, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, transexuales, presos)
	¿Ha habido un desabastecimiento de suministros para pruebas de carga viral en el último mes (sí/no)	Tipo de falta de existencias (reactivos, productos químicos, consumibles, bienes duraderos, otros)
	Si se ha producido un desabastecimiento de suministros para pruebas de carga viral, ¿cuántos días duró antes de resolverse?	n/a

CUADRO 9 Ejemplos de indicadores cualitativos que pueden recogerse a través del MLC

PÚBLICO OBJETIVO	PREGUNTA	OTRAS INDICACIONES SI ES NECESARIO
Personal sanitario	Háblame un poco de ti. ¿Cuál es su función en este centro sanitario? ¿Cuánto tiempo lleva haciendo este trabajo?	
	¿Cuáles son las razones por las que se agotan los suministros para las pruebas del VIH?	¿Influyen los problemas de comunicación a lo largo de la cadena de suministro? ¿Influyen las previsiones y la cuantificación incorrectas? ¿Influyen los problemas de los almacenes médicos centrales?
	¿Cuáles son las razones de la falta de existencias de antirretrovirales?	¿Influye la falta de entrega de pedidos? ¿Influye la mala planificación?
	¿Cuáles son las razones por las que se agotan los suministros del laboratorio de carga viral?	¿Influye la dependencia de los donantes? ¿Influye la falta de pago?
	¿Cuáles son los motivos de desabastecimiento en otros centros de los que ha oído hablar? (Puede mantener el anonimato).	
	¿Cuáles son algunos de los otros retos a los que se enfrenta en su centro de salud en términos de prevención, tratamiento y atención del VIH?	
	¿Qué le ayudaría a hacer mejor su trabajo?	¿Una mejor remuneración le ayudaría a prestar mejores cuidados? ¿Una mejor supervisión le ayudaría a prestar mejores cuidados? ¿Una mejor formación le ayudaría a prestar mejores cuidados? ¿Le ayudaría a prestar mejores cuidados contar con mejores auxiliares de trabajo? ¿Un horario de trabajo más corto le ayudaría a prestar mejores cuidados? ¿Una mejor valoración por parte de tu jefe te ayudaría a prestar mejores cuidados?
	¿Cuáles son algunos de los éxitos de su centro en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH?	¿Existen buenas redes de intercambio de información? ¿Existen opciones convenientes para la reposición del tratamiento (por ejemplo, dispensación de varios meses)? ¿Se colabora con grupos de incidencia política del receptor?

PÚBLICO OBJETIVO	PREGUNTA	OTRAS INDICACIONES SI ES NECESARIO
Beneficiarios de atención	¿Cuáles son las razones por las que las personas no se someten a la prueba del VIH?	¿Influye la distancia al centro de pruebas del VIH? ¿Influyen los largos tiempos de espera en el centro de salud? ¿Influyen las tarifas de los usuarios u otros gastos de bolsillo? ¿Influye el miedo a descubrir el propio estado serológico? ¿Influyen el estigma y la discriminación? ¿Influye la actitud/amabilidad del personal sanitario? ¿Influye la falta de privacidad y confidencialidad?
	¿Cuáles son las razones por las que las personas no se someten a la prueba de CD4?	¿Influye el conocimiento de la importancia de las pruebas de CD4 entre las personas que viven con el VIH? ¿Influyen los largos tiempos de espera en el centro de salud? ¿Influyen las tarifas de los usuarios u otros gastos de bolsillo? ¿Influye la disponibilidad de máquinas de CD4 en funcionamiento? ¿Influyen los retrasos en la devolución de los resultados al receptor de la atención? ¿Influyen los problemas de recursos humanos? ¿Influye el desabastecimiento de cartuchos y reactivos?
	¿Cuáles son las razones por las que las personas no reciben tratamiento antirretroviral?	¿Influye la distancia al centro de tratamiento antirretroviral? ¿Influyen los largos tiempos de espera en el centro de salud? ¿Influye el pago o el gasto de bolsillo? ¿Influyen los efectos secundarios adversos? ¿Influyen el estigma y la discriminación? ¿Influye el agotamiento de las existencias de antirretrovirales? ¿Intervienen los inconvenientes o las opciones limitadas de reposición? ¿Influye la actitud/amabilidad del personal sanitario? ¿Influye la falta de privacidad y confidencialidad?
	¿Cuáles son las razones por las que las personas no reciben una prueba de carga viral?	¿Influye el conocimiento que tienen las personas que viven con el VIH de las directrices sobre las pruebas de carga vírica? ¿Influyen los largos tiempos de espera en el centro de salud? ¿Influye la disponibilidad de máquinas de pruebas de carga viral que funcionen? ¿Influyen los retrasos en la devolución de los resultados a los receptores de la atención? ¿Influyen los problemas de recursos humanos? ¿Influye el desabastecimiento de suministros de laboratorio?
	En una escala de 1 a 5 (siendo 5 la mejor), ¿cómo calificaría la calidad general del servicio en su centro de salud?	¿Cómo describiría la visita ideal a un centro sanitario?
	¿Ha sido tratado con respeto por el personal sanitario hoy?	



ANEXO C

Estudios de caso del observatorio comunitario de tratamiento

ESTUDIO DE CASO #1

Mejora del acceso a la monitorización de la carga viral a través del Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África Occidental

Basándose en el trabajo previo de seguimiento de los desabastecimientos de ARV en la región, la RCTOWA se propuso aumentar el acceso al tratamiento del VIH en 11 países de África Occidental.

En febrero de 2017, con el apoyo del Fondo Mundial, el CIPT creó el Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África Occidental (RCTO-WA), que unió a las organizaciones que realizaban el MLC. La finalidad del RCTO-WA era aumentar la responsabilidad para alcanzar los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA. En aquel momento, sólo el 48% de las personas que vivían con el VIH en la región conocían su estado serológico; el 40% de ellas accedían a la terapia antirretroviral; y el 29% de este grupo tenía supresión viral. El progreso hacia el acceso universal al tratamiento se vio obstaculizado por una serie de problemas diversos, como el desabastecimiento de medicamentos, la debilidad de los sistemas sanitarios, los obstáculos en materia de derechos humanos y la baja calidad de la atención.

Basándose en el trabajo previo de seguimiento de los desabastecimientos de ARV en la región, la RCTOWA se propuso aumentar el acceso al tratamiento del VIH en 11 países de África Occidental (Benín, Costa de Marfil, Gambia,

Ghana, Guinea, Guinea-Bisáu, Liberia, Malí, Senegal, Sierra Leona y Togo) mediante:

1. Formalizar y ampliar los observatorios comunitarios de tratamiento existentes a todos los países seleccionados.
2. Crear un observatorio de tratamiento regional.
3. Desarrollar la capacidad de los miembros de las 11 redes nacionales de personas que viven con el VIH para hacer un seguimiento del tratamiento.

El proyecto se enmarcó en la campaña Watch What Matters de la ITPC y siguió nuestro modelo de seguimiento comunitario.

Entre diciembre de 2016 y febrero de 2017 se celebró una serie de tres talleres de planificación técnica para formar a los equipos de ejecución de cada país. Estos talleres se centraron específicamente en la planificación del trabajo y el desarrollo de capacidades para el seguimiento y la evaluación, la recopilación de datos, el uso de bases de datos, la gestión financiera y la gobernanza. A continuación, se formó a los recopiladores de datos locales.

Basándose en criterios específicos (como el tamaño de la población y la ubicación), se seleccionaron 103 centros de salud como lugares de recogida de datos. ITPC firmó un memorando de entendimiento con cada centro. De ellos, 43 eran grandes hospitales de nivel distrital o regional, 28 eran centros de salud de nivel medio, 19 eran organizaciones no gubernamentales, nueve eran clínicas de nivel inferior y

cuatro eran centros de salud de nivel comunitario. De enero de 2018 a junio de 2019, el observatorio de tratamiento completó 1.781 informes mensuales de monitoreo, 1.501 entrevistas y 143 discusiones de grupos focales. Los datos se analizaron utilizando una versión del marco conceptual de los “cinco Ejes” (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y adecuación) para evaluar las deficiencias y las oportunidades de mejora a lo largo de la cascada de tratamiento del VIH. Se proporcionó información a los receptores de la atención, al personal de los centros de salud y a los responsables de la toma de decisiones del gobierno a través de alertas en tiempo real, informes trimestrales y diálogos entre las distintas partes interesadas.

Los resultados iniciales de la RCTO-WA pintaron una imagen clara y específica de las experiencias entre las comunidades de África Occidental, con lagunas especialmente graves en el seguimiento de la carga viral. Sólo el 20% de las personas seropositivas que recibían tratamiento antirretroviral se habían sometido a una prueba de carga viral durante los seis meses anteriores. Sólo una cuarta parte de los resultados de las pruebas virales se devolvieron en un plazo de dos semanas, y el tiempo medio de entrega de los resultados de las pruebas de carga viral

fue de 4,5 meses. Casi una de cada 10 personas citó el retraso en la devolución de los resultados como la razón para no acceder a los servicios de pruebas de carga viral. De los que recibieron una prueba de carga viral, menos de la mitad (48%) estaban suprimidos viralmente. Los datos de RCTO-WA también muestran una relación entre la recepción de los resultados de las pruebas de carga viral a tiempo y la prevalencia de la supresión de la carga viral.

Estaba claro que la capacidad y la necesidad crítica de las pruebas de carga viral no se estaban satisfaciendo, e incluso en los casos en los que sí se hacía, los resultados a menudo no llegaban a los receptores de la atención, lo que hacía que la prueba no tuviera sentido para las personas que viven con el VIH. Los datos de RCTO-WA mostraron que las pruebas rutinarias de carga viral, tal y como recomienda la OMS, no se realizaban, y que los resultados de las pruebas no llegaban a los receptores de atención. La información esencial no se utilizaba para ayudar a las personas que viven con el VIH a lograr y mantener la supresión viral mediante la recepción de un resultado indetectable o mediante el asesoramiento sobre la adherencia y/o el cambio a un nuevo régimen.

FIGURE 10 Número total de personas que viven con el VIH que recibieron una prueba de carga viral frente al número que recibió el resultado de la prueba de carga viral en un plazo de dos semanas (ENERO-JUNIO DE 2018)

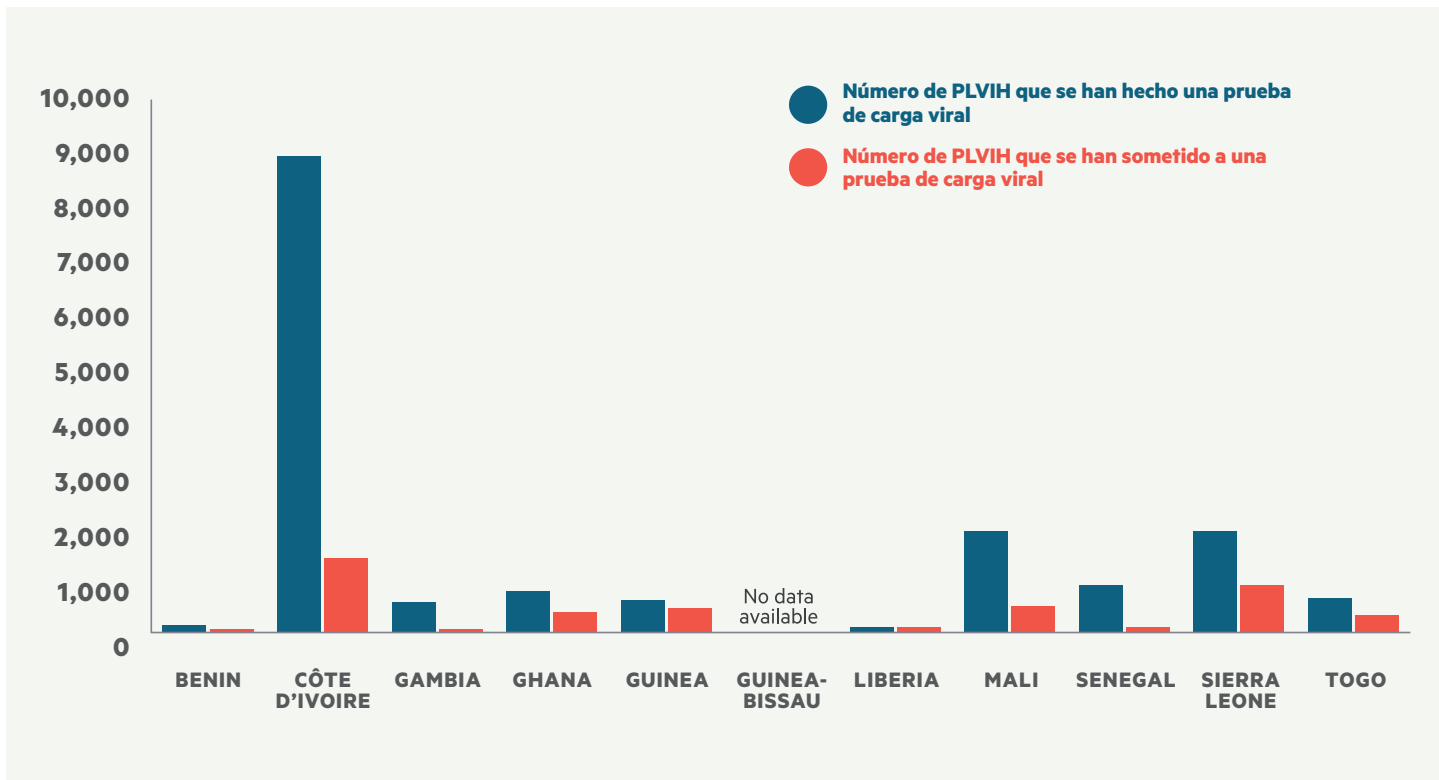
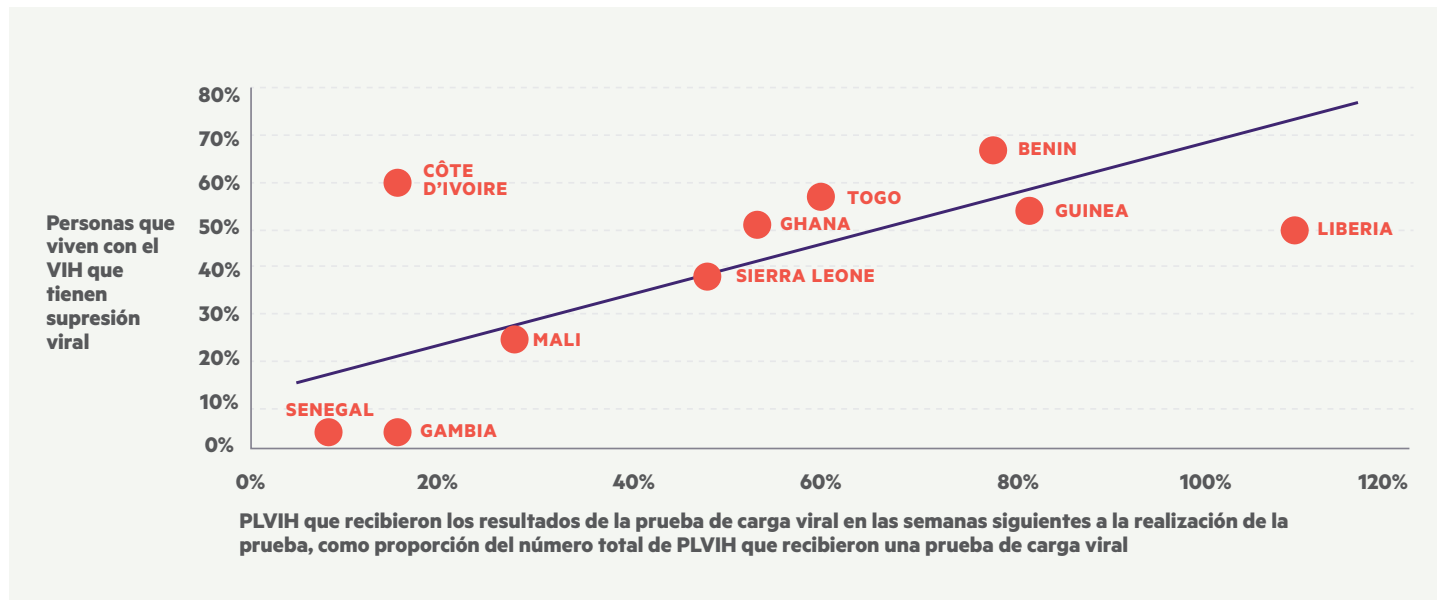


FIGURA 11 Relación entre la recepción de los resultados de las pruebas de carga viral a tiempo y la prevalencia de la supresión de la carga viral en los centros de RCTO-WA (ENERO-JUNIO DE 2018)



Armados con datos que apuntaban claramente a un problema con el monitoreo rutinario de la carga viral, los observatorios comunitarios de tratamiento (CTO) a nivel nacional comenzaron a establecer e implementar agendas de incidencia política basadas en datos, con la

orientación de sus grupos consultivos comunitarios (CCG). Se estableció una agenda de promoción a nivel regional durante una reunión de la Junta Consultiva Regional en octubre de 2018. Para el tercer 90, se establecieron tres prioridades de promoción, con siete mensajes clave.

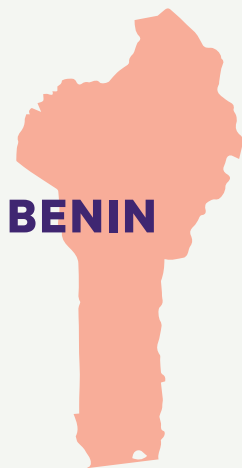
FIGURA 12 Las tres prioridades de promoción de la OCR y los siete mensajes clave

En 2020, el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tendrán supresión viral	
<p>Aumentar la financiación para garantizar la disponibilidad de máquinas adecuadas para las pruebas de carga viral y suministros de laboratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> → AIDS Watch Africa debe hacer que los países se responsabilicen de sus compromisos de la Declaración de Abuja en materia de gasto de salud, garantizando que los Ministerios de Finanzas proporcionen a los Ministerios de Sanidad un presupuesto adecuado para las máquinas de carga viral, los reactivos de laboratorio y los planes de mantenimiento. → Los Mecanismos de Coordinación de País (CCMs) deben incluir en sus propuestas al Fondo Mundial para el ciclo de financiación 2020-2022 máquinas adicionales para el análisis de la carga viral, incluyendo la tecnología OPP.
<p>Mejorar el conocimiento entre las personas que viven con el VIH y los trabajadores sanitarios para aumentar la demanda de servicios de pruebas de carga viral de alta calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Las personas que viven con el VIH deben tener una educación sanitaria y de tratamiento actualizada, que incluya el conocimiento de las directrices sobre las pruebas de carga viral indicando cuándo y con qué frecuencia tienen derecho a realizarlas. → Los centros de salud deben capacitar a su personal en el control de la carga viral y proporcionar una supervisión de apoyo para garantizar que los proveedores realicen las pruebas de carga viral en el momento adecuado.
<p>Garantizar un seguimiento eficaz del tratamiento mediante plazos aceptables para los resultados de las pruebas de carga viral</p>	<ul style="list-style-type: none"> → La Organización de la Salud de África Occidental (WAHO) debe apoyar a los países para que realicen encuestas sobre la resistencia a los medicamentos del VIH y colecten y analicen los indicadores de alerta temprana. → Los laboratorios deben procesar y agilizar las muestras, enviando a tiempo los resultados a las instalaciones. → Los proveedores de atención sanitaria deben notificar al cliente sobre el resultado de su prueba tan pronto como lo reciba del laboratorio.

Los datos de las CTO se utilizaron para influir en las acciones de un conjunto diverso de responsables de la toma de decisiones para mejorar una serie de

servicios relacionados con el VIH. Comenzaron a surgir importantes historias de éxito de las CTO.

HISTORIA DE ÉXITO DE LA CTO



En el Hospital Bethesda de Cotonou (Benín), la CTO anfitriona de la REBAP+ se dio cuenta de que el centro llevaba más de 10 meses sin recibir reactivos de laboratorio. Esto significaba que los pacientes no estaban recibiendo los servicios de seguimiento del tratamiento crítico. Incluyendo la prueba de carga viral y el recuento de CD4. Los datos de la CTO sobre el desabastecimiento de reactivos se registraron en el informe de RIBP+, para su presentación al Grupo Consultivo Comunitario (CCG) de la CTO. Durante esta reunión del CCG, el coordinador adjunto del Programa Nacional de Lucha contra el Sida (Programme Santé de lutte contre le sida-PSLS) recibió los datos de la CTO de la REBAP+ sobre el desabastecimiento de reactivos. La función del CCG como mecanismo de retroalimentación para el CTO funcionó y se encontró una solución. Después de la reunión. El PSLS abasteció de reactivos al hospital de Bethesda.

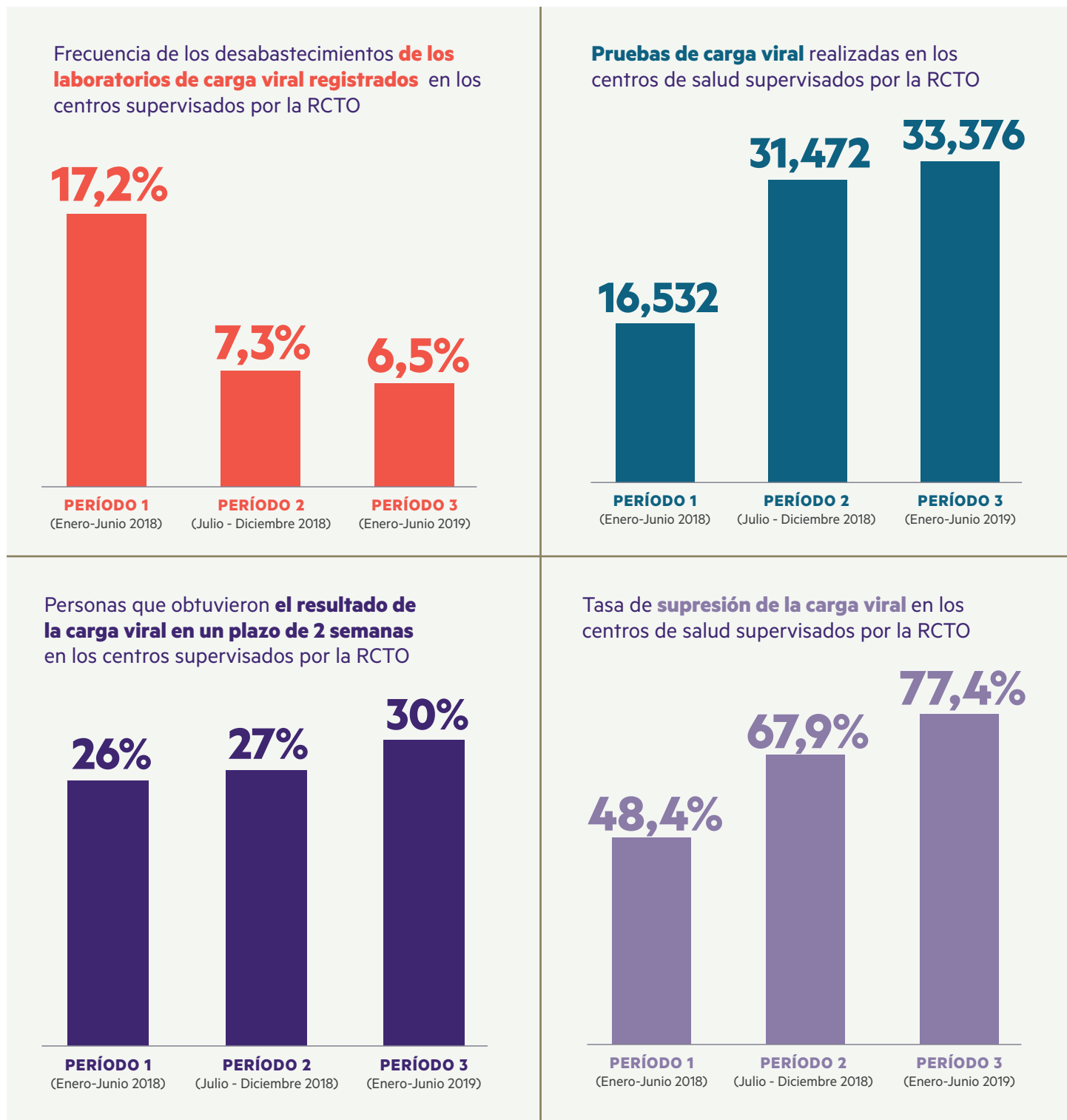


El anfitrión de la CTO nacional en Malí, RMAP+, ha utilizado los datos de la CTO para mejorar la calidad de las fallas de atención sanitaria mediante la mejora de la calidad de los datos y el seguimiento individual de los pacientes. Durante una reciente visita de seguimiento de la CTO al Hospital Universitario Gabriel Touré de Bamako, RMAP+ llamó la atención de los gestores de los centros sanitarios sobre los problemas de introducción de datos. Los resultados de las pruebas de carga viral se estaban transfiriendo del registro de pacientes a las bases de datos centrales de carga viral en grupo, agrupados por fecha. A partir de su análisis de datos CTO, RMAP+ señaló que es mejor registrar estos datos individualmente por paciente.

Como resultado de la recopilación de datos de la CTO y de la promoción impulsada por los datos, se produjeron

mejoras clave en el seguimiento de la carga viral en los centros supervisados por la RCTO durante el proyecto.

FIGURA 13 Principales mejoras en los centros supervisados por la RCTO



LECCIONES APRENDIDAS

✓ **Un liderazgo fuerte es fundamental.**

Los observatorios más exitosos tuvieron un fuerte liderazgo dentro de la red nacional y un compromiso político de alto nivel. En Benín, la Oficina de la Presidencia presidió el CCG. Las iniciativas deben invertir en el fortalecimiento de la organización anfitriona, así como en los mecanismos de retroalimentación (como el CCG), para que el OTC tenga éxito.

✓ **El modelo debe estar integrado en la respuesta nacional.**

La colaboración con los gobiernos y otras partes interesadas nacionales es vital. En lugar de señalar con el dedo, los observatorios de tratamiento crearon una cultura de resolución colectiva de problemas entre los trabajadores sanitarios, los responsables de la toma de decisiones y los receptores de la atención. Los gobiernos llegaron a ver las redes de personas que viven con el VIH como un activo y un aliado en la respuesta.

✓ **Pasar de las alertas ad hoc al seguimiento sistemático es clave.**

Esto permitió a los observatorios ser proactivos en lugar de reactivos. Al supervisar los servicios a lo largo de toda la cascada, se descubrieron otros problemas, como el estigma y la discriminación como barrera de acceso y las desigualdades sanitarias relacionadas con el género.

✓ **Los distintos observatorios funcionan a diferentes niveles.**

Las diferencias de cobertura geográfica y las distintas capacidades de las redes nacionales plantearon problemas. ITPC desarrolló una herramienta de acreditación, clasificando los observatorios en niveles.

✓ **Los distintos observatorios funcionan a diferentes niveles.**

Los resultados y los análisis del observatorio de Costa de Marfil llamaron la atención de la embajadora Deborah Birx, que era la coordinadora mundial del sida de los Estados Unidos. Este observatorio ha sido financiado por el PEPFAR en la COP 19 y ha defendido con éxito la eliminación de las tasas de usuario en el país.

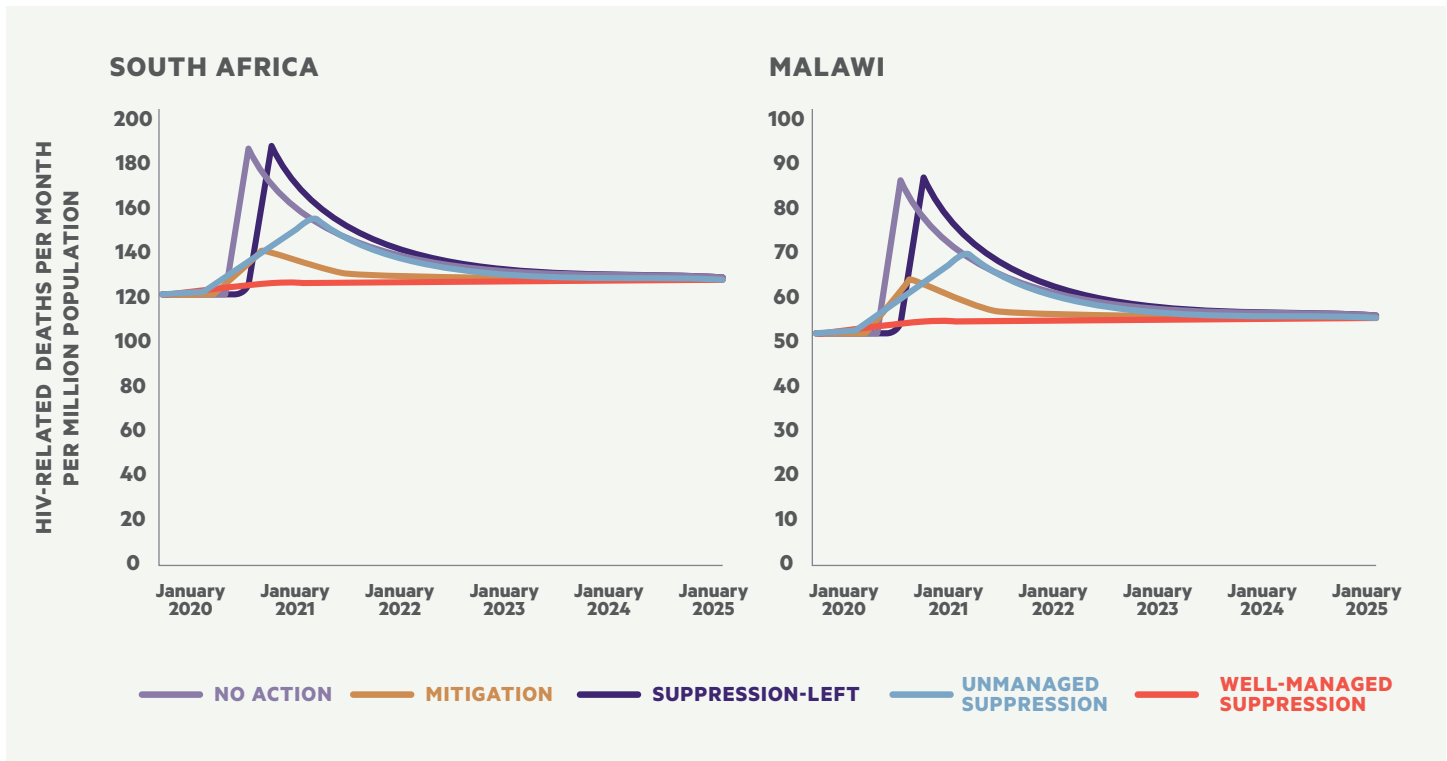
Adaptación del MLC en Sudáfrica y Malawi a las realidades de la COVID-19

El mayor impacto en la tuberculosis se estima que se debe a las reducciones en el diagnóstico y el tratamiento oportunos de los nuevos casos, que pueden ser el resultado de un largo período de intervenciones para suprimir la transmisión del COVID-19.

La pandemia de COVID-19 es un reto mundial histórico. Muchos de los logros en materia de salud y desarrollo alcanzados en las dos últimas décadas, gracias a la incidencia política y al compromiso apasionado con el fortalecimiento de la salud pública

y los derechos humanos, se ven amenazados por el impacto de esta nueva enfermedad en la salud y los medios de vida de miles de millones de personas. En los entornos de alta carga, la pandemia de COVID-19 puede aumentar las muertes relacionadas con el VIH y la tuberculosis en cinco años hasta un 10% y un 20%, respectivamente (Figura 14).⁴ Se estima que el mayor impacto sobre el VIH se debe a las interrupciones de la terapia antirretroviral, que pueden ocurrir durante un período de demanda alta o extremadamente alta del sistema de salud. El mayor impacto en la tuberculosis se estima que se debe a las reducciones en el diagnóstico y el tratamiento oportunos de los nuevos casos, que pueden ser el resultado de un largo período de intervenciones para suprimir la transmisión del COVID-19.

IMAGEN 14 Total de muertes por millón debidas al VIH en cada escenario epidémico de COVID-19



(4) Hogan, A. B., Jewell, B. L., Sherrard-Smith, E., Vesga, J. F., Watson, O. J., Whittaker, C., ... & Baguelin, M. (2020). Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1132-e1141. Online at [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30288-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30288-6/fulltext)

En septiembre de 2020, con el apoyo de la Fundación Gates, ITPC comenzó a establecer CTO especializadas y sensibles a la COVID-19 en Sudáfrica y Malawi. Los objetivos eran: reforzar las respuestas comunitarias a la COVID-19 entre las personas que viven con el VIH y la tuberculosis; mejorar los resultados de la salud pública en esta época de crisis; y, de forma ambiciosa, reforzar y capacitar a los activistas de la salud pública para afrontar y gestionar la nueva pandemia.

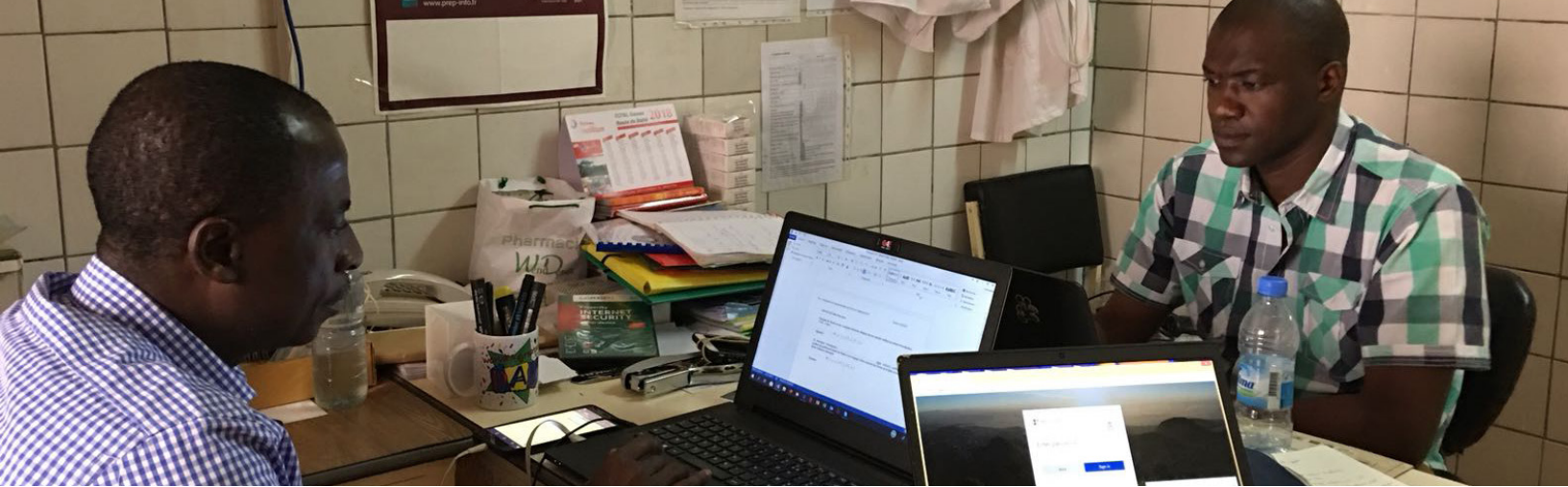
Se realizó un ejercicio de mapeo de políticas y datos para adaptar los indicadores estándar de los CTO a la nueva realidad de COVID-19. Esto se hizo para garantizar que los indicadores seguidos por los CTO fueran relevantes para las respuestas nacionales al VIH y la tuberculosis en el contexto de COVID-19. Por ejemplo, este ejercicio reveló que las

Directrices de COVID-19 para los servicios de VIH de Malawi establecen que los centros deben documentar a todos los receptores de atención con cualquiera de los cuatro síntomas como “sospechosos de tuberculosis” en el registro de pacientes de terapia antirretroviral para proporcionar valiosos datos de rutina para la vigilancia de COVID-19. Sudáfrica está dando prioridad a la rápida ampliación de los puntos de recogida de ART en la comunidad (como oficinas de correos, tiendas de comestibles, iglesias y salones comunitarios) para descongestionar los centros de salud durante COVID-19. Entre enero y junio de 2020 se registraron más de 400 nuevos puntos de recogida, lo que supone un aumento del 20% respecto a diciembre de 2019. Los indicadores CTO se desarrollaron teniendo en cuenta estas prioridades.

TABLE 10 Ejemplo de indicadores MLC sensibles a la COVID

INDICADOR	¿POR QUÉ ES RELEVANTE EN EL CONTEXTO DE COVID-19?
CUANTITATIVA	
Número de personas que viven con el VIH que reciben la dispensación de TAR para varios meses	Los países están ampliando rápidamente la dispensación multimensual para descongestionar los centros de salud durante el COVID-19. Sin embargo, los datos de ONUSIDA sugieren que el suministro de medicamentos dispensados no siempre coincide con la política, a menudo debido a la imprevisibilidad de las existencias, que se ha visto exacerbada por el COVID-19.
Número de pruebas de tuberculosis realizadas con plataformas moleculares rápidas	Las máquinas GeneXpert se están reutilizando para realizar pruebas de COVID-19. Como resultado, las tasas de pruebas moleculares rápidas de TB han caído en picado en muchos países. En Sudáfrica, por ejemplo, el uso de estas máquinas para las pruebas de COVID-19 dio lugar a un descenso del 48% en las pruebas de TB de GeneXpert, lo que condujo a un descenso del 33% en el número de personas diagnosticadas de TB y a una disminución significativa de las notificaciones de casos de TB.
Número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral que se pierden durante el seguimiento	Los datos del PEPFAR muestran un descenso del 1,5% en la retención del tratamiento en Sudáfrica -unas 100.000 personas perdidas- entre el 27 de marzo y el 5 de junio (durante el bloqueo de nivel 4-5).
CUALITATIVO	
¿Cuáles son los retos a los que se enfrentan las personas que viven con el VIH para cumplir con la terapia antirretroviral en la actualidad?	La inseguridad alimentaria, la salud mental y la suspensión de los grupos de apoyo para las personas que viven con el VIH se han notificado desde el inicio de COVID-19. Es probable que estos problemas afecten a la capacidad de las personas que viven con el VIH para cumplir con su medicación.
¿Cómo afectan las restricciones legales a la circulación al acceso a la alimentación, la atención sanitaria, la vivienda u otras necesidades básicas?	La Asociación Médica de Uganda informa de que ha habido retrasos en la recepción de los permisos de viaje durante el bloqueo y que, mientras tanto, los médicos que conducen sin ellos han sido golpeados, detenidos y torturados.

(5) UNAIDS (2020) Rights in a Pandemic - Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19, pp. 31. Online at <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/rights-in-a-pandemic>



Los expertos estimaron que el impacto de la COVID-19 en el exceso de muertes relacionadas con el VIH podría mitigarse manteniendo el suministro de antirretrovirales para los actuales receptores de atención. Por ello, en Malawi, el gobierno emitió las *Orientaciones de COVID-19 para los servicios de VIH*, que preveían la dispensación de un suministro de antirretrovirales para seis meses a las personas que viven con el VIH con determinados regímenes. En Sudáfrica, la mayoría de las provincias emitieron orientaciones que preveían la dispensación de un suministro de antirretrovirales para tres meses. Un estudio de ONUSIDA descubrió que en Malawi la mayoría de las personas recibían seis meses de terapia antirretroviral, mientras que en Sudáfrica la mayoría de las personas recibían un suministro de dos meses.⁵ ITPC identificó una necesidad crítica de supervisar las respuestas al VIH en el contexto de COVID-19, incluida la rápida ampliación de la dispensación de TAR para varios meses.

En el contexto de COVID-19, hubo que adaptar algo más que los indicadores. Las medidas de prevención de COVID-19 han llevado a la mayoría de las personas a trabajar a distancia, y las instituciones académicas han implementado el aprendizaje digital. Durante el distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, la tecnología ha ocupado el lugar de las interacciones físicas, incluida la forma en que las personas buscan y acceden a los servicios. COVID-19 ha transformado y seguirá transformando la forma en que los OTC utilizan la tecnología para la recopilación de datos, la educación de la comunidad, la promoción y la mejora

de los sistemas de salud y la prestación de servicios. ITPC llevó a cabo un análisis de la situación/mapeo tecnológico para explorar cómo podría ocurrir esto, qué herramientas tecnológicas se utilizan actualmente, qué herramientas podrían ser útiles y viables, y cómo la tecnología podría facilitar un enfoque rentable para la recopilación de datos en tiempo real dirigida por la comunidad a múltiples escalas y sitios, y su uso e integración con los sistemas de datos rutinarios de los centros y nacionales.

Hubo que poner en marcha planes de contingencia para la formación y la recogida de datos. ITPC planificó una serie de capacitaciones virtuales con los equipos del proyecto en el país, para garantizar que tuvieran un conocimiento suficiente del VIH, la tuberculosis y la COVID-19, incluidas las directrices para la prevención, las pruebas, la atención, el tratamiento y la prestación de servicios, el seguimiento y la evaluación, la recopilación de datos y los métodos de gestión. Estas capacitaciones virtuales, que normalmente se harían en persona, permitieron a los alumnos comprender lo que debe vigilarse, identificar las lagunas en el acceso al tratamiento y los retos en sus respectivos entornos, y recopilar pruebas para la incidencia política de la mejora de los resultados sanitarios entre los receptores de la atención.

A continuación, se seleccionaron 30 centros de salud con alta carga para su seguimiento (15 en cada país). Se elaboraron protocolos para la recogida de datos respetando las normas de distanciamiento social o incluso a distancia, si fuera necesario.

(5) UNAIDS (2020) Rights in a Pandemic - Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19, pp. 31. Online at <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/rights-in-a-pandemic>

Compromiso político y movilización de las partes interesadas nacionales

La implementación de intervenciones de MVC fue una recomendación clave para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios en la revisión intermedia del Marco Estratégico Nacional del VIH 2017-2022 de Namibia.

Julio 2020: Se celebraron consultas virtuales con las CSO y el Comité Técnico Asesor de Supervisión y Evaluación Nacional sobre la colaboración con ONUSIDA y el Gobierno de los Estados Unidos para apoyar la MVC en Namibia.

Septiembre de 2020 a noviembre de 2020:

Se estableció un proceso transparente para la selección de las CSO para implementar el MLC, incluyendo un panel de representantes de las CSO, el Ministerio de Salud, ONUSIDA y el Gobierno de los Estados Unidos. Se hicieron contratos con tres organizaciones independientes (Society for Family Health, Positive Vibes, Catholic AIDS Action).

Apoyo de ITPC a ONUSIDA/ Namibia

ITPC ayudó a crear un consenso en torno a la definición, el objetivo y el alcance del MLC. Se adoptó una estrategia nacional para la GLC, con el liderazgo y la propiedad de las CSO y la comunidad, y se estableció una asociación gubernamental para la integración con su sistema de información

multisectorial. Se elaboró un protocolo de MLC, con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU., USAID y PEPFAR, revisado por ITPC y aprobado por el Comité Ético de Namibia. Se desarrollaron herramientas de MLC y se formó a las CSO en su uso.

Apoyo del Fondo Mundial y del Gobierno de Estados

Los CDC, el PEPFAR y la USAID proporcionaron orientación durante todo el proceso, desde la elaboración de la propuesta de MLC hasta la obtención de la autorización ética.

La Unidad de Gestión de Programas del Fondo Mundial apoyó las consultas nacionales y está apoyando activamente al equipo de apoyo a las CSO y a la OMS mediante la creación de un entorno propicio y la supervisión del MLC.

Desafíos

La COVID-19 provocó interrupciones y retrasos; estos problemas se debatieron en las reuniones mensuales con los CDC, PEPFAR y ONUSIDA.

Se utilizó un mapa de seguimiento desarrollado por el PEPFAR para determinar las mejores formas de seguir prestando servicios de prevención y tratamiento del VIH.

Próximos pasos

La recopilación de datos se puso en marcha en abril de 2021 y todavía se está llevando a cabo. Posteriormente se llevará a cabo la validación y el

análisis de los datos, la redacción de informes, la difusión y la promoción.

✓ **El enfoque de MLC en Namibia se institucionalizó a nivel nacional.**

Los asociados de la sociedad civil, el Ministerio de Salud y los asociados para el desarrollo (la UCO del ONUSIDA, el Fondo Mundial, el PEPFAR y los CDC) se reunieron para elaborar una estrategia nacional de MVC, que se ajustó al Marco Estratégico Nacional de Namibia. Aunque el proceso de diseño de la estrategia del MLC incluyó a socios y partes interesadas multisectoriales, la propiedad de la estrategia del MLC siguió siendo dirigida por la comunidad. Se seleccionaron tres socios ejecutores de base para dirigir el programa. Este fue un ejemplo único y de buena práctica de un enfoque del MLC nacionalizado y respaldado.

✓ **El apoyo de asistencia técnica a Namibia fue igualmente amplio, con apoyo para:**

- Realizar un análisis de la situación y un mapa de la respuesta al VIH en Namibia.
- Organizar un seminario web de orientación sobre el MLC para aumentar la capacidad y el conocimiento de la metodología del MLC.
- Facilitar una serie de sesiones consultivas con la comunidad y las partes interesadas para identificar y desentrañar las prioridades del MLC.
- Desarrollar una estrategia nacional de MLC y presentar el marco al Consejo Nacional del Sida (NAC), al Ministerio de Salud (unidad de M&E) y a otras reuniones de grupos de trabajo técnicos sobre iniciativas estratégicas y M&E.
- Diseñar y desarrollar el plan de implementación del MLC de Namibia, incluyendo el marco de indicadores, la gestión de datos y las herramientas, los procesos de recopilación de datos, etc.
- Impartir formación a los socios ejecutores, a la unidad de ejecución de programas del Fondo Mundial y al Ministerio de Sanidad sobre la metodología del MLC y la recopilación de datos y la formación en educación sobre el tratamiento del VIH, la tuberculosis y el COVID-19, para los recopiladores de datos, los responsables de programas y el personal de seguimiento y evaluación.
- Revisión de los protocolos de autorización ética.
- Proporcionar apoyo técnico para la recopilación de datos piloto y perfeccionar las herramientas de recopilación de datos y el proceso de MLC.

✓ **La UCO de ONUSIDA y los tres socios ejecutores están preparados para llevar a cabo la recopilación de datos a partir del 1 de abril de 2021 con el pleno respaldo del Ministerio de Sanidad.**



ANEXO D

Fortalecimiento de los sistemas comunitarios e institucionales

El MLC y la promoción relacionada con ella están diseñadas para mejorar la calidad y el acceso a los servicios relacionados con el VIH, al tiempo que fortalecen las organizaciones comunitarias y las redes de personas que viven con el VIH.

Las organizaciones comunitarias a menudo luchan por satisfacer las necesidades cambiantes de las personas a las que atienden, mantener a su personal formado, desarrollar estructuras de gobernanza sólidas y planes de sostenibilidad y, al mismo tiempo, cumplir con los requisitos de información de los donantes. El MLC y la promoción relacionada con ella están diseñadas para mejorar la calidad y el acceso a los servicios relacionados con el VIH, al tiempo que fortalecen las organizaciones comunitarias y las redes de personas que viven con el VIH. La base de un modelo sólido de MLC y de promoción relacionada es asegurar que la organización anfitriona tenga las habilidades y los sistemas necesarios para implementar las intervenciones, gestionar el equipo y supervisar la gestión financiera de las subvenciones recibidas.

Las organizaciones anfitrionas y/o ejecutoras de MLC se definen como organizaciones dirigidas por la comunidad que representan a las poblaciones afectadas e interesadas, como las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave, las mujeres y los jóvenes. Suelen ser una coalición formal de organizaciones con un acuerdo escrito que cubre las formas de trabajo conjunto, la responsabilidad mutua y la resolución de conflictos.

Las organizaciones de acogida se convierten en custodios y guardianes de los datos de la comunidad, por lo que hay que desarrollar las habilidades y los sistemas de red necesarios para aplicar el MLC. Las organizaciones anfitrionas se benefician de las evaluaciones del MLC y de las valoraciones

continuas de su funcionalidad y salud general, que identifican las áreas de mejora. Cuando las comunidades lideran las intervenciones y los enfoques de MLC, hay:

- **Apropiación del proceso.** Las comunidades tienen un interés personal en los resultados; los datos que se han recogido no “desaparecen” como suele ocurrir con los investigadores tradicionales. Los sistemas comunitarios también se fortalecen en el proceso: el personal desarrolla habilidades en la gestión de datos, M&E y la promoción, mientras que las organizaciones construyen y mantienen su historial.
- **Intervenciones adecuadas y con capacidad de respuesta.** Las soluciones están más cerca de los problemas; las intervenciones dirigidas por la comunidad pueden generar conocimientos más valiosos y honestos para abordar las necesidades más urgentes.
- **Resultados centrados en la acción y la responsabilidad.** La recopilación y el análisis de datos tienen un propósito; están directamente vinculados a la promoción u otras acciones específicas para mejorar la calidad y la prestación de servicios y hacer que los gobernantes rindan cuentas.

Aunque no es obligatorio, un proceso de acreditación ayuda a crear sistemas institucionales sostenibles para el MLC y las organizaciones de acogida para garantizar la calidad y atraer y mantener a los donantes. Una vez que el MLC se ha integrado en las operaciones de la organización anfitriona, los revisores externos pueden evaluar los sistemas, las políticas y la gobernanza de la organización anfitriona, y la eficacia del trabajo del MLC puede calificarse en cuatro áreas (educación, pruebas, compromiso y promoción). Los revisores del equipo de acreditación elaboran recomendaciones basadas en la evaluación general y la puntuación en las diferentes áreas para fortalecer la organización anfitriona y/o los ejecutores del MLC

La herramienta de acreditación establece normas para evaluar a la organización anfitriona en seis áreas:

1

Existencia de buenas prácticas de gobernanza y responsabilidad, como un consejo de administración que se reúna periódicamente. Los miembros de la junta directiva deben tener las aptitudes necesarias para la supervisión y el buen gobierno y la gestión, así como funciones y responsabilidades definidas (es decir, el mandato del presidente, el tesorero y el secretario). Los estatutos del consejo y las actas de todas las reuniones del consejo y del personal están disponibles y la organización cumple con las leyes y reglamentos nacionales. Los procesos de toma de decisiones son claros y transparentes.

2

Existencia de buenas políticas que rigen las operaciones de la organización. Existen políticas (manual de procedimientos estandarizados, plantillas para la descripción de la estructura de gobierno y los informes; diagramas organizativos y descripciones de puestos de trabajo; informes financieros y de proyectos, gestión de políticas, riesgos y fraudes). Éstas se utilizan para guiar las operaciones de la organización. La organización cuenta con una política de protección de la infancia y con políticas de seguridad para los beneficiarios. La organización tiene una capacidad y unos sistemas sólidos para una gestión y una supervisión eficaces.

3

La dirección de la organización actúa de forma abierta y transparente, siguiendo sus políticas de gobierno. El proceso de toma de decisiones es claro, las políticas de gobernanza han sido compartidas con el personal y se informa a éste de las decisiones clave.

4

La estructura de liderazgo y gestión, con las funciones y responsabilidades de la dirección de la organización definidas. Los términos de referencia o las descripciones de los puestos de trabajo o un manual de recursos humanos están disponibles y se aprueban por la junta directiva.

5

Número adecuado de personal cualificado para llevar a cabo sus funciones (como el programa, las finanzas y el seguimiento y evaluación). El rendimiento del personal se evalúa continuamente y se ofrece formación de actualización para mejorar la capacidad del personal.

6

Los planes estratégicos y de movilización de recursos describen el mandato de la organización y su plan de adquisición de fondos para llevar a cabo sus principales intervenciones.

Una vez completada la evaluación, un equipo de revisores se reúne con la organización anfitriona para discutir los resultados, utilizando una herramienta de acreditación para generar una puntuación a través del marco y las normas de acreditación de ITPC. *(Para más información sobre el proceso de acreditación, véanse los anexos D y E.)*



ANEXO E

Proceso de acreditación

OBJETIVO 1	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS COMPONENTES DEL MLC	
<p>Educación</p>	<p>Creación de capacidades</p>	<p>La organización refuerza de forma regular y eficaz la capacidad de sus miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Materiales informativos y educativos claros (como hojas informativas, presentaciones, programas de formación y conjuntos de herramientas de comunicación) sobre las normas y cómo medir “lo que es” (prácticas y experiencias reales) frente a “lo que debería ser” (políticas, protocolos y planes previstos o deseados) → Un proceso (una lista de comprobación de lecturas con cuestionarios, un portal de formación en línea o un programa de talleres de formación estándar) a través del cual las personas puedan repasar el contenido y luego documentar que han absorbido la información y que ahora están informadas y son competentes → Un proceso (grupos de debate, sesiones informativas o formaciones periódicas) mediante el cual los individuos pueden actualizar sus conocimientos y aprender e intercambiar continuamente nueva información para que sus niveles de conocimiento sean actuales y estén al día
<p>Pruebas</p>	<p>Recogida y almacenamiento de datos</p>	<p>La organización cuenta con un mecanismo establecido para recopilar datos de forma sistemática y precisa en los lugares designados, transmitir y almacenar los datos de forma segura y establecer un sistema de supervisión de los recopiladores de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Las pruebas son generadas por la comunidad (la gente sabe que puede y debe recoger pruebas, sabe cómo recogerlas y sabe cómo y dónde publicarlas y compartirlas). → Las pruebas se generan de forma independiente (es decir, no dependen totalmente de un financiador que tenga un sesgo o una intención específica; se recopilan y se publican desde múltiples perspectivas y son responsables ante múltiples audiencias y partes interesadas) → Las pruebas se generan de forma ética (es decir, protegiendo la confidencialidad, la seguridad y el consentimiento) → Las pruebas son rutinarias, continuas y sostenidas (es decir, no son una instantánea, sino que se recopilan y publican a lo largo del tiempo, por lo que se convierten en algo significativo, anticipado y comparativo a lo largo del tiempo). → Las pruebas están muy extendidas (es decir, se recogen y comparten en varios sitios o ubicaciones, por lo que son significativas por su carácter comparativo). → Las pruebas son rigurosas (estructuradas, recogidas sistemáticamente, revisadas, depuradas, sintetizadas, etc., para que sean un reflejo válido y fiable de lo que realmente existe) → La evidencia es procesable (es decir, que documenta “lo que es”, puede compararse con “lo que debería ser”, y es útil para desarrollar recomendaciones y movilizar coaliciones y aliados y persuadir a los responsables políticos)

OBJETIVO 1 (CONTINUADO)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS COMPONENTES DEL MLC	
Pruebas	Recogida y almacenamiento de datos	La organización ha obtenido la autorización ética para recoger los datos y ha obtenido el consentimiento escrito o verbal de todos los encuestados.
	Autorización ética y consentimiento	La organización cuenta con el número necesario de recopiladores de datos, que tienen las aptitudes y la formación necesarias para recopilar información; existe un mecanismo de supervisión de los procesos de recopilación de datos.
	Capacidad de los recolectores de datos	La organización transmite con regularidad y eficacia los datos que ha recogido a una base de datos segura.
	Captura e introducción de datos	La organización tiene la capacidad de realizar sistemáticamente auditorías de calidad de los datos que recoge.
	Calidad de los datos	La organización tiene la capacidad de analizar sistemáticamente y con precisión los datos de MLC.
Promoción de los derechos	Análisis de datos	<p>La organización es capaz de emprender acciones e intervenciones de promoción utilizando los datos del MLC:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La experiencia, las competencias y las capacidades de las personas para comprender las cuestiones políticas y de promoción; para elaborar objetivos, estrategias, metas y mensajes de promoción; para organizar coaliciones y aliados; para comunicarse eficazmente; y para tener acceso y credibilidad ante los responsables de la toma de decisiones u otros objetivos de la promoción. → La independencia de las personas, con recursos y apoyo, para trabajar entre organizaciones e intereses y mantener ese trabajo de forma visible y vocal a lo largo del tiempo, especialmente cuando el cambio requiere años de presión contra intereses arraigados, profundos desafíos estructurales y ciclos de negociación y confrontación. → Estructuras comunitarias, como redes o coaliciones de defensa, sitios web y canales de medios sociales, o personal dedicado a la incidencia política en las organizaciones, a través de las cuales las personas pueden comunicarse y trabajar juntas a lo largo del tiempo.
	Comunicaciones	La organización tiene la capacidad de aumentar su visibilidad y promover su trabajo a nivel local, nacional, regional y mundial.
Compromiso	Propiedad	La organización ha demostrado la implicación de la comunidad, la innovación y la adaptabilidad en la aplicación en el contexto nacional.
	Institución académica	La organización cuenta con sólidas asociaciones con instituciones académicas/ de investigación locales o contrata a consultores/personas capacitadas para apoyar el análisis de datos.
	Grupos consultivos comunitarios	La organización cuenta con un grupo consultivo comunitario funcional que supervisa los datos del MLC y las intervenciones de promoción.
	Integración nacional	La organización está integrada en el contexto nacional, ha establecido asociaciones locales y nacionales para sincronizar las actividades y evitar la duplicación, y participa en el grupo consultivo de la comunidad y/o en los foros técnicos nacionales.

OBJETIVO 2	EVALUAR LA EFICACIA DE LOS SISTEMAS, LAS POLÍTICAS Y LA GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN
Buena gobernanza y responsabilidad	La organización practica la buena gobernanza y garantiza la responsabilidad.
Políticas	La organización ha establecido políticas que rigen las operaciones
Transparencia	La dirección de la organización demuestra transparencia en la toma de decisiones y en las operaciones.
Liderazgo	La organización tiene una estructura de liderazgo y gestión clara.
Personal	La organización cuenta con un número adecuado de personal cualificado para llevar a cabo sus funciones esenciales (como el programa, las finanzas y el seguimiento y evaluación).
Informática y tecnología	La organización dispone de herramientas y plataformas tecnológicas adecuadas para apoyar la implantación del MLC.



ANEXO F

Lista de recursos

ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA EL SIDA



UNAIDS. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026.

VISTA / DESCARGAR: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

RECURSOS DEL MLC DE ONUSIDA



Establishing community-led monitoring of HIV services — Principles and process | UNAIDS

VISTA / DESCARGAR: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>

Las versiones en español, francés y ruso del documento de orientación comunitaria y las preguntas frecuentes que lo acompañan ya están disponibles en línea.



FRENCH: <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>

RUSSIAN: <https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>

SPANISH: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>



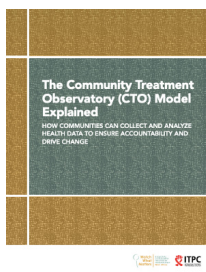
Integración de la supervisión comunitaria en las solicitudes de financiación del C19RM

VISTA / DESCARGAR: <https://itpcglobal.org/resource/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests>



Informe de seguimiento dirigido por la comunidad

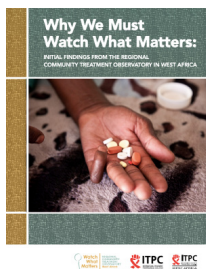
VISTA / DESCARGAR: http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-Brief_full.pdf



El modelo del Observatorio Comunitario de Tratamiento (CTO) de ITPC, explicado

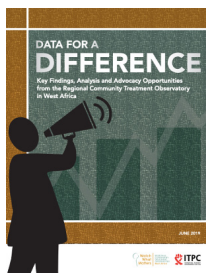
VISTA / DESCARGAR INFORME COMPLETO: <http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>

VISTA / DESCARGAR SUMARIO: <http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Summary-Eng.pdf>



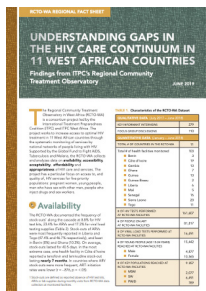
Por qué debemos vigilar lo que importa: Primeras conclusiones del Observatorio Regional del Tratamiento Comunitario en África Occidental

VISTA / DESCARGAR: <http://watchwhatmatters.org/wp-content/uploads/2018/03/RCTO-WA-Baseline-Summary-Report-2017.pdf>



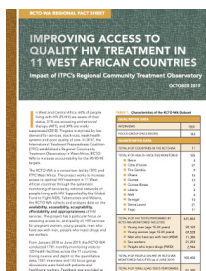
Datos para la diferencia: Principales resultados, análisis y oportunidades de promoción del Observatorio Regional del Tratamiento Comunitario en África Occidental

VISTA / DESCARGAR: <http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf>



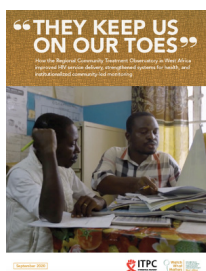
Hoja informativa regional de RCTO-WA: Comprender las lagunas en el proceso de atención al VIH en 11 países de África Occidental

VISTA / DESCARGAR: <https://itpcglobal.org/resource/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests>



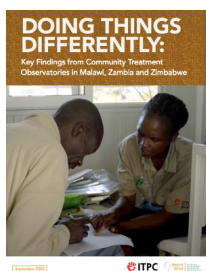
Hoja informativa regional de RCTO-WA: Mejora del acceso al tratamiento de calidad del VIH en 11 países de África Occidental

VISTA / DESCARGAR: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/10/RCTO-Regional-Fact-Sheet-2-English.pdf>



“Nos mantienen en vilo”: Cómo el Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África Occidental mejoró la prestación de servicios relacionados con el VIH, reforzó los sistemas de salud e institucionalizó el seguimiento dirigido por la comunidad.

VISTA / DESCARGAR: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>



DHacer las cosas de forma diferente: Principales resultados de los observatorios comunitarios de tratamiento en Malawi, Zambia y Zimbabue

VISTA / DESCARGAR: https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/saCTO-Analysis_9-21_rev2-2.pdf

VÍDEOS DEL OBSERVATORIO DE TRATAMIENTO COMUNITARIO DE ITPC



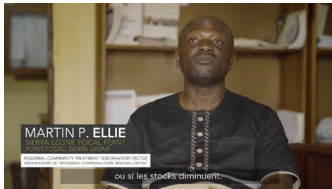
¿Qué es un Observatorio Comunitario de Tratamiento? Vídeo corto

VISTA: https://www.youtube.com/watch?v=COY_4S_XFKI



Observando lo que importa: Los observatorios comunitarios de tratamiento de ITPC

VISTA: <https://www.youtube.com/watch?v=TxbI0dKUVzA>



El control comunitario puede funcionar en cualquier parte del mundo

VISTA: https://www.youtube.com/watch?v=rHAQGbT_MYI

PUBLICACIONES REVISADAS POR EXPERTOS SOBRE EL MODELO DE OBSERVATORIO DE TRATAMIENTO COMUNITARIO DE ITPC

Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W (2020). Community-Led Monitoring: Cuando los datos de la comunidad impulsan las estrategias de implementación. *Current HIV/AIDS Reports*, 1-7.

VISTA / DESCARGAR: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-020-00521-2>

Ellie MP, Kibe PW, Flomo BM, Ngwatu BK (2019). Rompiendo barreras: Usando la evidencia de un Observatorio de Tratamiento Comunitario (CTO) para mejorar la aceptación de los servicios de VIH en Sierra Leona. *The Journal of Health Design*, 4(1).

VISTA / DESCARGAR: <https://www.journalofhealthdesign.com/JHD/article/view/70>

Oberth G, Baptiste S, Jallow W, Manouan A, Garcia P, Traore AM, Murara J, Boka R (2019). Comprensión de las brechas en la cascada de tratamiento del VIH en once países de África Occidental: Hallazgos de un observatorio regional de tratamiento comunitario. *Documento de trabajo n° 441 del Centro de Investigación en Ciencias Sociales (CSSR)*. ISBN: 978-1-77011-428-9.

VISTA / DESCARGAR: <http://www.cssr.uct.ac.za/cssr/pub/wp/441>



Sesión impulsada por un resumen en la IAS 2019 en julio de 2019, Ciudad de México, México

VISTA / DESCARGAR: <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/2841>



Seminario en el Centro de Investigación en Ciencias Sociales, septiembre de 2019, Universidad de Ciudad del Cabo

VISTA / DESCARGAR: <http://www.cssr.uct.ac.za/event/understanding-gaps-hiv-treatment-cascade-11-west-african-countries-findings-regional-community>



Sesión impulsada por un resumen en ICASA 2019 en diciembre de 2019, Kigali, Ruanda

VISTA / DESCARGAR: <https://www.professionalabstracts.com/icasa2019/iplanner/#/presentation/48>



Sesión impulsada por un resumen en la CROI 2020 en marzo de 2020, Boston, Massachusetts

VISTA / DESCARGAR: <https://www.croiconference.org/abstract/improving-hiv-care-in-west-africa-effects-of-a-community-treatment-observatory>



Sesión impulsada por un resumen en AIDS 2020 en julio de 2020-Virtual

VISTA / DESCARGAR: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25547>

LOS OBSERVATORIOS COMUNITARIOS DE TRATAMIENTO EN LA PRENSA



Independent observer
of the Global Fund

Entre el segundo lote de notas conceptuales regionales, Un enfoque comunitario del acceso al tratamiento en África Occidental

VISTA: <https://aidspan.org/en/c/article/3526>



Independent observer
of the Global Fund

El Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario cataliza las inversiones del Fondo Mundial en África Occidental

VISTA: <https://www.aidspan.org/en/c/article/4971>



Fugas en las cascadas de tratamiento de la terapia antirretroviral en África Occidental y Zambia

VISTA: <https://www.aidsmap.com/news/aug-2019/leakages-art-treatment-cascades-west-africa-and-zambia>

OTRAS PUBLICACIONES CON INFORMACIÓN SOBRE EL MODELO DE VIGILANCIA COMUNITARIA DE ITPC



ONUSIDA (2019), El poder del pueblo

VISTA / DESCARGAR: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/power-to-the-people_en.pdf



ONUSIDA (2020), Pruebas para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH

VISTA / DESCARGAR: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf

AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo de ONUSIDA sobre el MLC (con un agradecimiento especial a **Carlos Garcia de Leon Moreno** y **Dasha Ocheret**), nuestros socios nacionales de la comunidad de MLC, **Sam Avrett, Solange Baptiste, Helen Etya'ale, Wame Jallow, Pedro Garcia, Alain Manouan, Keith Mienies, Gemma Oberth, Susan Perez, Nadia Rafif, Emmanuel Simon** y **Tracy Swan** han contribuido a esta guía.



admin@itpcglobal.org



[/itpcglobal](https://www.facebook.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://twitter.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://www.instagram.com/itpcglobal)



[/itpcglobal](https://www.youtube.com/itpcglobal)



[/company/itpcglobal](https://www.linkedin.com/company/itpcglobal)

ACERCA DE LA ITPC

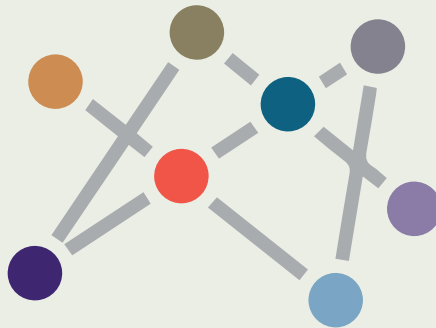
La Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC) es una red mundial de personas que viven con el VIH y activistas comunitarios que trabajan para lograr el acceso universal a un tratamiento óptimo del VIH para quienes lo necesitan. Para saber más sobre la ITPC y nuestro trabajo, visite itpcglobal.org.

SOBRE WATCH WHAT MATTERS

Esta publicación forma parte de Watch What Matters, una iniciativa de seguimiento e investigación dirigida por la comunidad para recopilar datos sobre el acceso y la calidad del tratamiento del VIH en todo el mundo. Para obtener más información, [visite nuestro sitio web](#), y utilice el hashtag **#WatchWhatMatters** para unirse a la conversación mundial.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Para obtener más información sobre Watch What Matters y nuestro trabajo de vigilancia y incidencia política dirigido por la comunidad, envíe un correo electrónico a admin@itpcglobal.org.



FOR ENGLISH TRANSLATION

itpcglobal.org/blog/resource/how-to-implement%E2%80%A6nitoring-toolkit/

FOR FRENCH TRANSLATION

Pour lire ou télécharger cette publication sur le site Web de l'ITPC, cliquez sur:

itpcglobal.org/fr/blog/resource/une-boite-a-outils-communautaire/

FOR SPANISH TRANSLATION

Para leer o descargar esta publicación en el sitio web de ITPC, haga clic en:

itpcglobal.org/es/blog/resource/kit-de-herramientos-comunitario/

© COPYRIGHT ITPC DECEMBER 2021