


Monitoreo liderado por la
comunidad de los servicios
de VIH, tuberculosis y
malaria en el contexto
del COVID-19

De las Ideas a la Evidencia

Una guía para convertir las prioridades de
los programas y las políticas en **mediciones
cualitativas y cuantitativas** para el
Monitoreo Liderado por la Comunidad

A stylized lightbulb icon with a magnifying glass effect over the text. The lightbulb is composed of a thick, dark purple outline. The magnifying glass is represented by a circular lens that overlaps the lightbulb's glass part, with a handle extending from the bottom left. The background is a solid, lighter purple color.

Este documento guía se elaboró con el apoyo del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria bajo la inversión para el Monitoreo Liderado por la Comunidad del Mecanismo de Respuesta al COVID-19 del Fondo Mundial (C19RM).

Propósito de este documento

El eje fundamental del Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC) es la recopilación, el análisis y el uso de evidencia de alta calidad de manera sistemática. Mediante la evidencia, las comunidades pueden contar sus historias, documentar sus éxitos y llamar la atención sobre los problemas que las afectan. Este documento ofrece consideraciones prácticas para la selección de indicadores cualitativos (que describen las características, experiencias y situaciones) y cuantitativos (que describen las cantidades o cifras), que son una parte esencial del MLC de los programas de VIH, tuberculosis y malaria.

En base a la experiencia cada vez mayor en materia de MLC, proponemos un enfoque gradual para convertir las prioridades estratégicas en preguntas cualitativas e indicadores cuantitativos. Este documento es un complemento de la publicación de la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC), **How to Implement Community-Led Monitoring – A Community Toolkit**. (“Cómo implementar el Monitoreo Liderado por la Comunidad – Una caja de herramientas comunitarias”). Está diseñado para las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil que utilizan el MLC para monitorear el acceso, la continuidad y la calidad de los programas de VIH, TB y malaria durante la pandemia del COVID-19.

Fundamento

La recopilación de datos es un componente crucial del MLC, aunque realmente no es el punto de partida. Las comunidades deben definir primero sus prioridades estratégicas y luego seleccionar cuidadosamente las medidas cualitativas y/o cuantitativas que desarrollarán la base de evidencia que se necesitará para fundamentar la abogacía y el cambio en las políticas. Una selección de indicadores que sea reflexiva, cuidadosa y deliberada puede aumentar en gran medida el valor de la evidencia para el MLC, garantizando que los datos sean más significativos y efectivos.

Si bien los enfoques tradicionales para monitorear programas muchas veces se centran en indicadores

cuantitativos, los datos cualitativos se consideran fundamentales para el Monitoreo Liderado por la Comunidad. Los datos cualitativos brindan una oportunidad única, muchas veces desaprovechada, para documentar las experiencias de primera mano de los miembros de la comunidad y para lograr la participación rutinaria de las personas que reciben atención, en un esfuerzo para brindar soluciones. En este documento se incluye una introducción inicial a la recopilación de datos cualitativos relativos al MLC que luego se ampliará en una próxima publicación.

El COVID-19 cambió la forma como se recopilan los datos (debido a las medidas de salud pública que incluyen el distanciamiento social y los confinamientos), así como la forma como consideramos qué clases de datos debemos recopilar. Aunque esta guía se elaboró enfatizando el monitoreo en el contexto del COVID-19, podría resultar útil para las comunidades durante el período posterior a la pandemia, ya que los enfoques siguen siendo pertinentes para los sistemas de monitoreo comunitario.



Quién debe leer esta guía

- **Todos los que implementan el MLC en la actualidad**
- **La sociedad civil y los grupos comunitarios que se interesan en establecer o fortalecer los mecanismos del MLC en el contexto del COVID-19**
- **Los proveedores de asistencia técnica que apoyan las iniciativas de MLC**
- **Los socios involucrados en el MLC (ministerios de salud, organismos gubernamentales, donantes multilaterales y bilaterales, equipos de gestión de los centros de salud y personal de los servicios de salud)**

Índice

Propósito de este documento	3
Abreviaturas y acrónimos	5
Antecedentes	6
SECCIÓN 1: Una visión general de la recopilación de datos para el Monitoreo Liderado por la Comunidad	9
SECCIÓN 2: Por qué es importante el monitoreo de los servicios de VIH, TB y malaria liderado por la comunidad en el contexto del COVID-19	12
SECCIÓN 3: Cómo empezar con el MLC	16
PASO 1: Defina sus prioridades estratégicas	16
PASO 2: Seleccione las preguntas de monitoreo	18
PASO 3: Identifique los enfoques más apropiados para la recopilación de datos: Selección de los indicadores cuantitativos y las preguntas cualitativas	21
PASO 4: Desarrolle las herramientas para recopilar datos, procedimientos y permisos	35
Una nota final	38
ANEXO A: Modelo de un marco de indicadores para el Monitoreo Liderado por la Comunidad	40
ANEXO B1: Ejemplos de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de VIH	41
ANEXO B2: Ejemplo de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de malaria	44
ANEXO B3: Ejemplo de la selección de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de TB	46
ANEXO C: Cómo llevar a cabo entrevistas cualitativas	48
ANEXO D: Documentos de orientación para M&E e indicadores	50

Abreviaturas y acrónimos

AGYW en inglés	Niñas adolescentes y mujeres jóvenes
APR	Atención prenatal
ARV	Antirretroviral(es)
C19RM	Mecanismo de Respuesta al COVID-19
CLM & A en inglés	Monitoreo y abogacía liderados por la comunidad
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019
DTG	Dolutegravir
FM	Fondo Mundial de la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
VTM	VIH, TB y malaria
IRB en inglés	Junta de Revisión Institucional
ITPC	Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento
LGBTQ+	Lesbianas, gay, bisexuales, transgénero o “queer” y + en reconocimiento de todos que no se identifican como heterosexuales o cisgénero
MDE	Memorándum de Entendimiento
MER	Monitoreo, evaluación y reporte
MLC	Monitoreo liderado por la comunidad
MMD en inglés	Dispensación para varios meses
M&E	Monitoreo y evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBMI	Países de bajos y medianos ingresos
PC	Población clave
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para Paliar el SIDA
PrEP	Profilaxis Preexposición
PUD	Personas que usan drogas
PVV	Personas que viven con VIH
RDT en inglés	Prueba rápida para el diagnóstico
ROC en inglés	Personas que reciben atención
RVLM en inglés	Monitoreo rutinario de la carga viral
SARS-COV-2	Síndrome Respiratorio Agudo Grave Coronavirus 2
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TG	Transgénero
TLD	Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir
TS	Trabajador(a) del sexo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Antecedentes

La pandemia del COVID-19 ha causado un impacto devastador a nivel mundial. Los casos confirmados sobrepasaron los 330 millones a fines de enero de 2022 y más de cinco millones de personas perdieron la vida.¹ La pandemia ha puesto de manifiesto y ha agudizado las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, la educación y el empleo. Las personas que son más vulnerables – debido a condiciones médicas coexistentes y/o a la pobreza – corren un mayor riesgo de padecer enfermedades graves a causa del COVID-19 y sobrellevan una carga desproporcionada del impacto sanitario y socioeconómico de la pandemia.^{2, 3,}
⁴ Las poblaciones clave (PC) – los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los trabajadores del sexo (TS), personas que usan drogas (PUD) y las personas transgénero (TG) – son aún más vulnerables a estas consecuencias de la pandemia.

En mayo de 2020, los investigadores del Imperial College London publicaron los hallazgos de un estudio orientado a cuantificar el impacto de las medidas de mitigación del COVID-19 en las epidemias del VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria. Al estimar el impacto combinado del limitado acceso a los servicios de prevención, la presión en la capacidad del sistema sanitario y la reducción del acceso al tratamiento, el equipo calculó que las muertes relacionadas con el VIH, la tuberculosis y la malaria en cinco años alcanzarían un 10%, un 20% y un 36%, respectivamente.⁵ En el estudio se tomaron en cuenta varios factores, y se estimó que

el mayor impacto para los países de bajos y medianos ingresos (PBMI) se produciría cuando se interrumpiera el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) para las personas que viven con el VIH (PVV), cuando disminuyera el diagnóstico oportuno de las personas con tuberculosis y cuando se interrumpieran las campañas de mosquiteros para apoyar la prevención de la malaria.

Ya en el primer año de la pandemia, los informes indicaban que los logros importantes obtenidos por los programas de VIH, TB y malaria se habían erosionado. Los datos apuntan a un descenso

(1) World Health Organization (2022) COVID-19 Dashboard. Available online at [<https://covid19.who.int/>].

(2) Liao TF, De Maio F. Association of Social and Economic Inequality With Coronavirus Disease 2019 Incidence and Mortality Across US Counties. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2034578. Available online at doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.34578

(3) Treskova-Schwarzbach, M., Haas, L., Reda, S. et al. Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. *BMC Med* 19, 212 (2021). Available online at <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02058-6>

(4) Woodward M, Peters SAE, Harris K. Social deprivation as a risk factor for COVID-19 mortality among women and men in the UK Biobank: nature of risk and context suggests that social interventions are essential to mitigate the effects of future pandemics. *J Epidemiol Community Health* 2021;75:1050-1055. Available online at <https://jech.bmj.com/content/jech/75/11/1050.full.pdf>

(5) Hogan AB, Jewell V, Sherrard-Smith E, et al. The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries. Imperial College London (01-05-2020). Available online at doi: <https://doi.org/10.25561/78670>.

significativo en la utilización de los servicios de diagnóstico y gestión clínica, lo que pone en peligro los resultados de los que reciben la atención y compromete aún más la consecución de los objetivos mundiales en materia de VIH, tuberculosis y malaria. En su informe de 2021, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) destacó los descensos en todos sus países asociados. La mayoría de ellos se produjo en la prestación de servicios de prevención que dependen de la locomoción de la población. En 2020, el número de personas que accedieron a las pruebas del VIH y a la circuncisión médica masculina voluntaria disminuyó (un 22% y un 27%, respectivamente); el número de personas que accedieron al tratamiento de la tuberculosis se redujo en un millón, y el número de personas con sospechas de padecer malaria que accedieron a las pruebas de diagnóstico disminuyó en un 4.3%, en comparación con el año 2019.⁶

La respuesta al COVID-19 requirió de un esfuerzo sin precedentes para reducir la transmisión y prevenir la mortandad, a la vez que se mantenían los servicios de salud esenciales. En los ámbitos con recursos limitados, los países han debido reorientar sus recursos humanos, técnicos y financieros para apoyar sus respuestas al COVID-19, lo cual ha causado un impacto negativo en la prestación de servicios sanitarios y sociales rutinarios. La cuantificación del impacto del COVID-19 desde la perspectiva de las personas que reciben atención (ROC por sus siglas en inglés) es un paso importante para abordar estas brechas que se acrecientan. El empoderamiento de las comunidades con

las herramientas y los conocimientos que necesitan para que puedan documentar sus experiencias mediante el Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC) es una forma de lograr que se involucren con otras partes interesadas para crear soluciones conjuntas durante (y después de) la pandemia del COVID-19.

El MLC es un proceso por medio del cual las personas que utilizan los servicios de salud toman la iniciativa en la identificación y el monitoreo rutinario de los temas que les interesan.

Luego de que las comunidades identifican las áreas prioritarias, seleccionan los indicadores apropiados y los utilizan para la recopilación rutinaria de datos. Al analizarlos, los datos obtenidos mediante el MLC se convierten en evidencia, la cual puede usarse para involucrar a una gama de partes interesadas (incluyendo al personal del Programa Nacional, el personal de los servicios, las instituciones académicas y los formuladores de políticas) para que elaboren e implementen conjuntamente

soluciones y para proporcionar información de base a las campañas de abogacía cuando sea necesario. (Vea la Figura 1). El MLC se ha usado en varios países para monitorear los servicios de VIH. Más recientemente, se ha adaptado para documentar el impacto del COVID-19 en los programas de VIH y TB.⁷

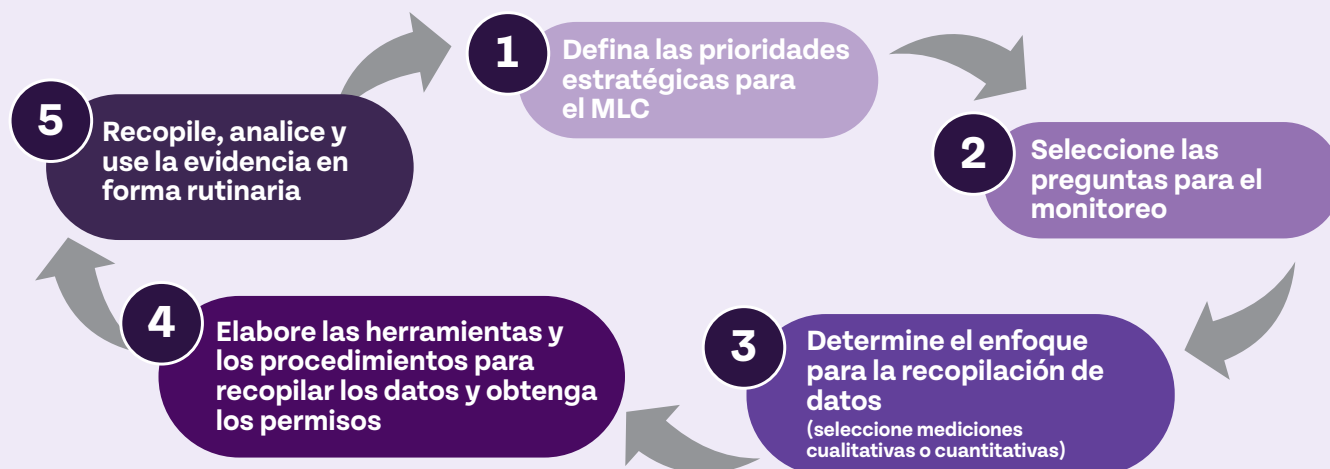
De septiembre a diciembre 2020, ITPC brindó apoyo para la implementación de un proyecto de demostración que monitoreó los servicios de VIH y TB en establecimientos urbanos con un alto volumen en China, Guatemala, India, Nepal y Sierra Leona, utilizando para ello indicadores “sensibles al COVID-19”. En

Cuando se analizan, los datos de CLM se convierten en evidencia, que se utiliza para involucrar a una variedad de partes interesadas para co-crear e implementar soluciones y para informar campañas de promoción cuando sea necesario.

(6) Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2021) Results Report 2021. Available online at [https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf].

(7) Rafif N, Oberth G, Hodes R, et al; Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (2021) Community-led Monitoring of COVID-19's Effects on Service Delivery and Lived Experiences of People Living with HIV and TB in China, Guatemala, India, Nepal and Sierra Leone (Monitoreo comunitario de los efectos de COVID-19 en la prestación de servicios y las experiencias vividas por las personas que viven con VIH y tuberculosis en China, Guatemala, India, Nepal y Sierra Leona). 2021. Afiche presentado en ICASA. Disponible en línea en: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/COVID-and-PLHIV-5-Cities.pdf>

FIGURA 1 Hoja de ruta para la generación y uso de evidencia para el Monitoreo Liderado por la Comunidad



el Proyecto, denominado “5 ciudades”, se usaron indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas complementarias para evaluar los temas prioritarios. Como resultado del Proyecto “5 Ciudades”, los defensores comunitarios lograron señalar las dificultades en el monitoreo de la carga viral, identificar la disminución en las pruebas de HIV, y demostrar cómo las medidas de mitigación del COVID-19 afectaron negativamente el acceso a los servicios. Este Proyecto de MLC también les permitió a las comunidades documentar historias de innovación, tales como la forma como se logró evitar la interrupción de los tratamientos

por medio de los servicios comunitarios. Esta iniciativa se sumó al cúmulo creciente de evidencia que documenta el impacto del COVID-19 desde la perspectiva de las personas que reciben la atención. Basándose en estas experiencias y en las iniciativas de MLC que se llevan a cabo en la actualidad, esta guía les brinda a las comunidades un enfoque gradual para identificar las prioridades estratégicas y seleccionar las medidas cuantitativas y cualitativas para su monitoreo. En el recuadro 1 se definen los términos claves utilizados en el ámbito del MLC y a lo largo de este informe.

RECUADRO 1 Definición de los términos claves

Datos cuantitativos significa la información que se puede contar o medir. En el caso del MLC, los datos cuantitativos permiten conocer el número de personas a las que llega un programa, las que han sufrido un impacto negativo por la carencia de servicios o la duración de un problema.

Información cualitativa es aquella que no es numérica y que describe los atributos o cualidades. Los datos cualitativos relativos al MLC permiten a los miembros de la comunidad describir todos los aspectos de un problema que afecta a su salud, sin limitarse a un conjunto de datos numéricos específicos.

Medición se utiliza en todo el documento como un término genérico que incluye los indicadores (cualitativos o cuantitativos) y una serie de preguntas cualitativas que proporcionan los datos necesarios para el MLC.

(7) Rafif N, Oberth G, Hodes R, et al; Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (2021) Community-led Monitoring of COVID-19's Effects on Service Delivery and Lived Experiences of People Living with HIV and TB in China, Guatemala, India, Nepal and Sierra Leone (Monitoreo comunitario de los efectos de COVID-19 en la prestación de servicios y las experiencias vividas por las personas que viven con VIH y tuberculosis en China, Guatemala, India, Nepal y Sierra Leona). 2021. Afiche presentado en ICASA. Disponible en línea en: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/COVID-and-PLHIV-5-Cities.pdf>

Una visión general de la recopilación de datos para el Monitoreo Liderado por la Comunidad

Monitoreo Liderado por la Comunidad es un proceso mediante el cual las comunidades, especialmente las personas que utilizan los servicios de salud, asumen el control en la identificación y el monitoreo rutinario de los problemas que les preocupan y en la captación de información sobre el estigma, la discriminación, y el acceso y la calidad de los servicios para ciertos grupos de personas, especialmente las poblaciones clave.

Como parte de este proceso, las comunidades seleccionan métodos apropiados para recopilar la información que se necesita para identificar y monitorear las áreas prioritarias (Recuadro 2).⁸

RECUADRO 2 Pasos claves para generar y utilizar evidencia para el MLC

1

Definir las prioridades estratégicas para el MLC: Deben redactarse como oraciones declarativas breves que sean específicas, medibles y que determinen las intenciones a corto plazo (1-2 años) de su organización o área programática específica.

2

Seleccionar las preguntas para el monitoreo: Las preguntas de monitoreo resumen la información que usted debe saber para evaluar el estado del programa o las áreas de políticas relacionadas con sus prioridades estratégicas.

3

Identificar los enfoques apropiados para la recopilación de datos (seleccionar mediciones cualitativas o cuantitativas): En este paso, se especifican los datos que se recopilarán de forma rutinaria para responder a sus preguntas de monitoreo y proporcionar “evidencia” para su MLC. Dependiendo de sus necesidades de información, puede optar por recopilar datos cualitativos o cuantitativos (o ambos). Las preguntas cualitativas proporcionan información detallada sobre un tema específico. Los indicadores cuantitativos son mediciones específicas, objetivas y reproducibles que se utilizan para evaluar la implementación de una política o programa. Los indicadores pueden medir los insumos, los productos, los resultados o el impacto del programa.

4

Elaborar las herramientas y procedimientos y obtener los permisos para la recopilación de datos: Una vez haya definido la información que desea recopilar, debe establecer los procedimientos para recopilar, limpiar y almacenar los datos de forma segura. Una parte importante de este proceso es recibir la aprobación pertinente para recopilar los datos de las fuentes pertinentes.

(8) En esta guía se cubren los Pasos 1 a 3 y se brinda orientación para empezar la recopilación de datos, cubriendo algunos aspectos del Paso 4. Sírvase consultar los documentos guías complementarios de ITPC sobre el análisis de datos y el aseguramiento de calidad de los datos.

Recopilar, analizar y usar la evidencia en forma rutinaria: Una vez obtenidos los permisos, se pueden recopilar los datos del MLC de forma rutinaria. Tendrá que incorporar pasos para garantizar la alta calidad de los datos que recopile, ya que generará evidencia a partir de la revisión, el análisis y la interpretación de dichos datos. El análisis de los datos incluye la interpretación de la información dentro del contexto local, y las implicaciones de sus resultados para sus acciones de abogacía. Esto podría derivar en la identificación de brechas programáticas o áreas de éxito. Al trabajar con los responsables de la toma de decisiones, los implementadores del MLC pueden utilizar esta evidencia para ejercer influencia y apoyar la mejora del programa.

META DEL MLC

Mejorar el programa, lo cual se convertirá en una mejora de la salud y la calidad de vida de las personas que reciben la atención, es la meta última del MLC. Al revisar o difundir los datos del MLC, es posible crear inmediatamente soluciones conjuntas con los responsables e implementadores del programa. En otros casos, puede ser necesario emprender acciones de abogacía para generar conciencia y obtener apoyo o recursos para mejorar el programa. Cuando sea necesario, estas **acciones de abogacía** son las medidas específicas que implementará su organización para abordar las brechas o los problemas que se ponen de manifiesto en la evidencia.

Cuando se analizan, los datos del MLC se convierten en evidencia, la cual se utiliza para identificar e implementar soluciones para mejorar los programas y la prestación de servicios y para constituirse en la información de base para la abogacía cuando sea necesario. En última instancia, estos cambios mejoran la salud y la calidad de vida de las personas que reciben la atención.

La definición de las prioridades estratégicas es un primer paso importante en el MLC (y la abogacía). En este documento se describe un proceso gradual que lo conducirá de la identificación de sus prioridades estratégicas para el MLC a la selección de medidas de alto impacto. Aun cuando este proceso puede resultarle útil para abordar muchos otros temas sanitarios y sociales, nos hemos centrado en seleccionar los indicadores de MLC para el monitoreo de los servicios de VIH, TB y malaria, dentro del contexto del COVID-19.

Las prioridades estratégicas (u objetivos) de su MLC son de carácter interno, están arraigadas en el mandato de su organización y proceden de las comunidades a las que representa. Dado que el objetivo es mejorar los resultados en materia de salud y calidad de vida, las prioridades del MLC para los programas de VIH, tuberculosis y malaria

también se basan en las normas internacionales de atención, las directrices nacionales, las políticas nacionales o la evidencia emergente. A modo de ejemplo, en la figura 2 se describen las áreas prioritarias para el MLC de los servicios de VIH.

Una vez definidas, sus prioridades estratégicas para el MLC constituyen la información de base para elaborar las preguntas de monitoreo que, a su vez, orientarán su enfoque para la recopilación de datos. Las preguntas de monitoreo resumen la información que se necesita para determinar el estado de las áreas programáticas o de políticas que se relacionan con sus objetivos para el MLC. Luego de delinear sus preguntas de monitoreo, podría tomar la decisión de centrarse en la recopilación de datos cualitativos. También puede optar, en función de sus necesidades de información, por una combinación de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas a fin de adoptar un enfoque de métodos mixtos. A medida que se revisan y analizan los datos del MLC, la evidencia generada se utiliza para identificar brechas o carencias y crear soluciones conjuntas para abordarlas. La evidencia obtenida con el MLC también apoya la formulación de acciones nuevas y/o más específicas de abogacía que logren mejorar los servicios y los resultados.

FIGURA 2 Marco ilustrativo con componentes seleccionados de la respuesta al VIH que destacan las posibles prioridades para el MLC



Por qué es importante el monitoreo de los servicios de VIH, TB y malaria liderado por la comunidad en el contexto del COVID-19

Además de la morbilidad y la mortalidad que ocasiona, el COVID-19 ha causado un impacto devastador en los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud esenciales en todo el mundo, afectando desproporcionadamente a los países de bajos y medianos ingresos.

En el contexto de los programas de VIH, TB y malaria, el impacto de la pandemia en los sistemas de salud se ha podido observar a diversos niveles. La paralización de la producción, el embarque y la cadena de suministros ha ocasionado escasez de reactivos y otros insumos, mientras que a nivel local, la capacidad limitada de los recursos humanos y la falta de equipo especial de laboratorio ha causado una reorientación de recursos para apoyar el diagnóstico y el monitoreo clínico del COVID-19.

Como ejemplo, las plataformas de pruebas de diagnóstico molecular (Ej.: GeneXpert) se han utilizado prioritariamente para las pruebas de SARS-CoV-2, lo cual limita o elimina su disponibilidad para la realización de pruebas de carga viral de VIH, el diagnóstico de la TB y la detección de la TB multidrogorresistente.

Un resumen de los componentes de políticas y programas de VIH, TB y malaria (como se

ha hecho para los programas de VIH en la Figura 2) permite identificar los servicios cruciales, los puntos de posible desgaste y las áreas –y grupos de personas, como las poblaciones clave– que podrían verse afectados directa o indirectamente por el COVID-19. Las medidas que restringen la locomoción, implementadas como respuesta al COVID-19, pueden afectar la disponibilidad de servicios y la capacidad de los que reciben atención para acudir a los establecimientos de salud.

La preocupación de contraer COVID-19 puede influir en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria, provocando retrasos en el acceso a la misma. Los datos del MLC pueden mostrar estos cambios en la prestación de servicios y en la aceptación de dichos servicios. En la tabla 1 se presentan ejemplos del impacto del COVID-19 en la aceptación de los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Esbozar la política clave y los componentes programáticos de los programas de VIH, TB y malaria nos permiten identificar servicios críticos, puntos de desgaste potencial y poblaciones clave que probablemente ser impactado por el COVID-19.

TABLA 1 Marco indicativo para identificar los componentes críticos de la respuesta al VIH, la TB y la malaria, la naturaleza de los trastornos y el impacto potencial causados por el COVID-19

	Área crucial de los servicios de VIH, TB y malaria	Impacto potencial del COVID-19 o medidas de mitigación	Impacto en la prestación de servicios sanitarios o en los resultados de las personas que reciben atención
Capacidad de los sistemas de salud y recursos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> → Personal para flebotomía (extracción de sangre) y servicios de diagnóstico → Personal clínico que brinda servicios de tratamiento → Espacio clínico adecuados y horario de funcionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> → Reducción en el horario de funcionamiento de las clínicas (inclusive el cierre de las clínicas vespertinas o de fin de semana) → Largo tiempo de espera en las clínicas → Intervalos más largos entre las citas en las clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> → Reducción del número de personas que acceden a los servicios de prevención, atención y tratamiento → (Ej.: reducción de las visitas totales a las clínicas o % de las citas que se cumplieron en las clínicas)
Capacidad de los laboratorios	<ul style="list-style-type: none"> → Microscopía de frotis para la tuberculosis y la malaria → Capacidad de rayos X para las pruebas de TB → Pruebas de diagnóstico molecular para VIH y TB 	<ul style="list-style-type: none"> → Disponibilidad limitada de pruebas diagnósticas → Disminución de la frecuencia de las pruebas (menos frecuentes de lo que requieren las normas de atención, se limitan a los casos urgentes) 	<ul style="list-style-type: none"> → Disminución del número de nuevas pruebas efectuadas → Reducción del % de personas con sospechas de padecer malaria y TB que se hacen la prueba → Incremento en el tiempo de entrega de los resultados de laboratorio
Cadena de suministros	<ul style="list-style-type: none"> → Suministro confiable de reactivos para las pruebas de CD4, carga viral y de VIH 	<ul style="list-style-type: none"> → Desabastecimiento de reactivos/insumos para las pruebas de diagnóstico y el monitoreo clínico 	<ul style="list-style-type: none"> → Incremento en la cantidad o el tiempo de duración de los desabastecimientos
	<ul style="list-style-type: none"> → Abastecimiento confiable para la dispensación para varios meses (MMD por sus siglas en inglés) de medicamentos para el VIH y la TB 	<ul style="list-style-type: none"> → Desabastecimiento de medicamentos para tratamientos 	<ul style="list-style-type: none"> → Reducción en la cantidad de medicamentos dispensados

	Área crucial de los servicios de VIH, TB y malaria	Impacto potencial del COVID-19 o medidas de mitigación	Impacto en la prestación de servicios sanitarios o en los resultados de las personas que reciben atención
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> → Distribución de mosquiteros tratados con insecticida → Medicación estacional para prevenir la malaria (quimioprevención) 	<ul style="list-style-type: none"> → Acceso limitado a los servicios de prevención de la malaria 	<ul style="list-style-type: none"> → Incremento en el número de nuevas infecciones (Ej.: Malaria y VIH) – que pueden no diagnosticarse inicialmente debido a la interrupción de los servicios de diagnóstico o a la menguante aceptación de las pruebas
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> → Sitios de pruebas amigables a las PC → Programas de pruebas rutinarias en las clínicas de atención prenatal (VIH, malaria) 	<ul style="list-style-type: none"> → Disminución del número de personas que se someten a pruebas de VIH → Disminución del número de personas que reciben los resultados de sus pruebas y aumento en el tiempo necesario para entregar los resultados de las pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> → Reducción del número de miembros de las PC que se realizaron pruebas de VIH → Descenso en el número y/o % de personas que viven con el VIH que se realizaron pruebas de TB → Disminución del número y/o % de personas con TB que se realizaron pruebas de VIH → Reducción del número y/o % de personas con sospechas de padecer VIH, TB o malaria que se realizaron una prueba diagnóstica
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> → Inicio del tratamiento en el mismo día → Tratamiento breve bajo observación directa para la TB (DOTS por sus siglas en inglés) → Suministro confiable de medicinas 	<ul style="list-style-type: none"> → Retraso en el inicio del tratamiento en las personas recién diagnosticadas → Interrupción del tratamiento debido a los desabastecimientos o retrasos en recoger los medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> → Disminución en el inicio de tratamiento en el mismo día → Incremento en las interrupciones de tratamientos, lo cual podría conllevar riesgo de drogoresistencia a los medicamentos de HIV/TB y fracaso del tratamiento → Disminución en el número de personas que terminan su tratamiento para la TB
Monitoreo clínico	<ul style="list-style-type: none"> → Monitoreo rutinario de la carga viral (RVLM por sus siglas en inglés) → Pruebas de drogoresistencia a los medicamentos para la TB 	<ul style="list-style-type: none"> → Retrasos en la entrega de resultados/más tiempo para entregarlos. → Disminución del número de pruebas de carga viral y aumento en el número de personas en las que las pruebas de carga viral están atrasadas 	<ul style="list-style-type: none"> → Retrasos en la identificación del fracaso del tratamiento, lo cual causa malos resultados de salud, drogoresistencia y posibles incrementos en la transmisión del VIH

Monitoreo del impacto del COVID-19

Aunque no es posible medir el impacto del COVID-19 directamente con solo comparar los datos, una descripción exhaustiva de las tendencias (en el contexto de la epidemiología local y de las respuestas al COVID-19) constituye un paso inicial importante. Con el fin de elaborar este tipo de análisis descriptivo, podría considerar:

- 1. ¿Qué componente del servicio se vio afectado?**
- 2. ¿Cuáles fueron los datos reportados por el servicio durante el período?**
- 3. ¿Cuáles son las tendencias históricas?**
- 4. ¿Cómo se comparan los datos del MLC durante los períodos de circulación restringida con los datos anteriores al COVID?**
- 5. ¿Cómo se comparan los datos históricos con los informes durante los períodos de un aumento rápido en los casos de COVID-19?**
- 6. ¿Qué detalles de sus experiencias personales pueden aportar las personas que reciben atención, los prestadores de servicios y los líderes de los programas para lograr establecer el impacto del COVID-19?**

PASO 1

Defina sus prioridades estratégicas

La definición del área prioritaria, el alcance y el enfoque estratégico de su MLC le permitirá establecer prioridades claras, lo cual constituye un paso inicial importante para orientar la recopilación de datos.

Lluvia de ideas sobre las prioridades estratégicas del MLC

Las prioridades estratégicas de su MLC deben adoptar la forma de oraciones declarativas breves que sean específicas, medibles y que determinen sus intenciones a corto plazo (uno o dos años). Los objetivos deberán exponer claramente el área prioritaria, el alcance y el enfoque estratégico de su MLC.

Lleve a cabo una lluvia de ideas con su equipo del programa y los miembros de la comunidad sobre las áreas programáticas y de políticas que consideren importantes para mejorar la

salud y la calidad de los resultados de vida en su comunidad. Estos podrían ser temas relacionados con las políticas o los programas para un grupo objetivo específico y/o una localización geográfica. La Figura 3 contiene un marco genérico que se brinda como guía. Después de la Figura 3 se incluye un proceso gradual (¡incluyendo indicaciones!) que le pueden ayudar a: 1) identificar sus áreas prioritarias; 2) definir el alcance; y 3) establecer el enfoque estratégico de las actividades de su MLC.

Proceso gradual para definir las prioridades estratégicas

1. Defina su enfoque técnico o programático:

¿Cuál es el enfoque técnico/programático de su organización/programa? ¿Cuáles son las prioridades de su comunidad/partes interesadas?

- ¿Su prioridad son los derechos humanos, la formulación de políticas, la reforma legal, la salud o el entorno propicio?
- ¿Su enfoque es el programa o el nivel de prestación de servicios?

2. Identifique lo que debe monitorearse:

¿Cuáles son los elementos claves que deben monitorearse para evaluar el estado de sus áreas prioritarias?

- **Si su enfoque se centra en las políticas,** ¿Cuáles son los tres temas programáticos / de políticas principales que definen el éxito del objetivo de su MLC? ¿La disponibilidad de un servicio específico? ¿El acceso a un servicio específico? ¿La integración de una buena práctica a las políticas o directrices nacionales? ¿Cuál es el estado de implementación de la política nacional?

FIGURA 3

Marco para delinear las áreas prioritarias, alcance y enfoque estratégico de las actividades del MLC de VIH, TB y malaria



- **Si su enfoque se centra en la implementación de programas,** ¿Cuáles son las prioridades del MLC relacionadas con sus intereses programáticos? ¿Se enfoca en la prevención? ¿En el acceso al tratamiento? ¿En monitorear los resultados del tratamiento?

3. Clarifique su alcance:

¿Cuál es el alcance de su interés? ¿Su enfoque es nacional o subnacional? ¿Revisará todos los servicios o una intervención específica? ¿Su enfoque es nacional o subnacional?

4. Plantee su enfoque estratégico:

¿Cuál es el enfoque estratégico de las actividades incluidas en su MLC?

- ¿Investigar o comprender mejor un tema actual (Ej.: disponibilidad de servicios, poca aceptación de un servicio por una comunidad específica)?
- ¿Monitorear la implementación de una nueva intervención o política?
- ¿Monitorear las tendencias de la calidad o el acceso a los servicios?

Seleccione las preguntas de monitoreo

LAS PREGUNTAS DE MONITOREO resumen la información que necesita para evaluar el estado de las áreas programáticas o de políticas relacionados con sus objetivos de abogacía. En esta sección analizamos a fondo las prioridades del MLC y usamos los parámetros que se delinean en la sección anterior para formular las preguntas de monitoreo.

Formulación de las preguntas de monitoreo

Sus actividades de monitoreo deben guiarse mediante preguntas específicas que se conviertan en atributos cualitativos o cuantitativos. Estas preguntas deben reflejar con precisión las áreas prioritarias, el alcance y el enfoque estratégico de su MLC. En vez de empezar con una lista exhaustiva, es mejor

seleccionar una o dos preguntas de monitoreo para cada área prioritaria. **Mediante este ejercicio se obtendrán al final un total de 10-12 mediciones, las cuales podrían ser preguntas cualitativas o indicadores cuantitativos (o una combinación de ambos).**

Establecimiento de prioridades para el monitoreo

Es posible que le sea difícil elegir solo tres temas para el monitoreo, y cuando empiece a seleccionar sus mediciones, podría caer en la tentación de incluir una lista muy larga para monitorear muchos temas. El establecimiento de prioridades puede ser difícil, especialmente cuando se apoya a una diversidad de grupos comunitarios o se espera abordar muchas áreas programáticas. Además de las preguntas proporcionadas (vea la Tabla 2), puede considerar qué datos podrían suponer un éxito rápido o causar un gran impacto. Este proceso puede ayudarle a “dimensionar” sus actividades de MLC, o simplemente proporcionarle un punto de partida basado en su lista de preguntas de monitoreo. Para ello, puede considerar:

1. **¿Los datos destacarán una región o una población marginadas?**
2. **¿Podrá establecer una correlación o contrastar los datos del MLC con datos de otras fuentes?**
3. **¿Los datos del MLC brindarán nueva información o destacarán los temas que no se documentan rutinariamente?**
4. **¿Será necesaria la abogacía para apoyar las mejoras al programa?**
5. **¿Se podrán usar los datos para la abogacía?**

TABLA 2 La formulación de preguntas de monitoreo

Pregunta guía	Sondeo/Muestra de pregunta de monitoreo para el VIH* <i>*Si desea consultar las muestras de preguntas correspondientes a la TB y la malaria, vea los Anexos B2 y B3</i>
<p>1. ¿Cuáles son los tres temas programáticos / de políticas que, de abordarse, podrían derivar en mejores resultados de salud y calidad de vida dentro de la comunidad?</p>	<p>CONSEJO: Cuando seleccione sus tres preguntas de monitoreo principales, considere todas las acciones/ iniciativas que, de eliminarse, pondrían en peligro los resultados de salud y calidad de vida. Por ejemplo, una organización que se centra en mejorar el acceso y los resultados del tratamiento para las personas que viven con VIH podría seleccionar los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio del tratamiento: Garantizar el inicio oportuno del tratamiento para las personas recién diagnosticadas con VIH. 2. Continuidad del tratamiento: Garantizar que todas las personas que reciben TARV tengan un acceso confiable y continuo a sus medicamentos. 3. Resultados del tratamiento: Mejorar los resultados clínicos entre las personas que reciben TARV proporcionando RVLM.
<p>2. ¿Cuál es la norma reconocida internacionalmente para cada uno de los tres temas que se identifican anteriormente?</p> <p>¿Hay evidencia emergente de que existen dificultades para acceder a los servicios?</p>	<p>CONSEJO: Considere los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al evaluar la norma de atención; también considere la evidencia local emergente que señala las brechas en el acceso y/o la calidad de los servicios o que podría derivar en un menoscabo de los resultados de salud y/o calidad de vida. Con respecto a las tres áreas que se identificaron anteriormente, la OMS recomienda lo siguiente:⁹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio del tratamiento: Todas las personas que viven con VIH deben iniciar la TARV independientemente de la etapa clínica de la OMS y del recuento de células CD4. El inicio rápido de la TARV debe ofrecerse a todas las personas que viven con VIH luego de un diagnóstico de VIH confirmado y una evaluación clínica. El inicio inmediato de TARV se debe ofrecer a las personas que estén listas para empezar con la terapia ese mismo día. 2. Continuidad del tratamiento: A las personas que ya están recibiendo TARV se les deben resurtir los medicamentos para que les duren de tres a seis meses, preferiblemente seis. 3. Resultados del tratamiento: REI Monitoreo rutinario de la carga viral (RVLM) se puede llevar a cabo a los seis meses y a los 12 meses de haberse iniciado la TARV y luego, cada 12 meses, si la persona se encuentra clínicamente estable con la terapia.

(9) Fuente: Organización Mundial de la Salud (2021) *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, Service Delivery and Monitoring* (Directrices consolidadas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la prestación de servicios y el monitoreo del VIH). Disponible en línea en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>.

3. ¿Cuál es el estado de la implementación de la política o programa nacional?

CONSEJO: Si la política nacional no se alinea con las directrices de la OMS, su primer punto de intervención podría ser abogar para que se actualice la política. Si la política nacional se alinea con las directrices de la OMS y se está implementando, los datos del programa deben reflejar estos cambios. Si estos datos no se encuentran disponibles en los informes programáticos que existen, el MLC pueden proporcionar datos nuevos o complementarios para ayudar a evaluar el nivel (o el resultado) de la implementación. Entre las preguntas de monitoreo pertinentes que corresponden a estas tres áreas se encuentran las siguientes:

1. Inicio del tratamiento:

- ¿Qué porcentaje de personas que viven con el VIH recién diagnosticados inician el tratamiento con ARV el mismo día en que se diagnostican, en vez de iniciarlo a la semana o más de una semana después de su diagnóstico?
- ¿Las personas que viven con el VIH inician la TARV independientemente de su etapa clínica y/o su recuento de células CD4 al momento de su diagnóstico?
- ¿Cuál es el intervalo entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en el establecimiento de salud?

2. Continuidad del tratamiento:

- ¿Qué porcentaje de todas las personas que reciben TARV reciben un suministro de sus medicamentos para varios meses (tres meses o más)?
- ¿A qué retos se enfrentan los miembros de la comunidad con respecto a la adherencia al tratamiento?
- ¿Qué servicios de apoyo consideran útiles los miembros de la comunidad para apoyar su adherencia al tratamiento?

3. Resultados del tratamiento:

- En los últimos 12 meses, ¿qué porcentaje de todas las personas que viven con el VIH que reciben TARV (durante por lo menos seis meses) se sometieron a una prueba de carga viral y recibieron sus resultados? ¿Qué porcentaje de las personas que viven con el VIH que reciben TARV han logrado la supresión viral (de acuerdo a su prueba más reciente)?

Identifique los enfoques más apropiados para la recopilación de datos:

PASO 3

Selección de los indicadores cuantitativos y las preguntas cualitativas

Una vez se hayan definido claramente los objetivos y las preguntas de monitoreo, es más fácil identificar las mediciones apropiadas (preguntas cualitativas e indicadores cuantitativos).

Si lleva a cabo las actividades delineadas en las secciones anteriores, contará con suficiente información para elaborar las preguntas de monitoreo que responden a las prioridades de su comunidad y tendrá suficientes detalles como para generar los desgloses pertinentes (Ej.: por edad, género, grupo de la población clave). En esta sección se brinda una orientación más específica sobre como convertir sus preguntas de monitoreo en indicadores cuantitativos, preguntas cualitativas y se brindan consejos sobre cómo seleccionar indicadores que sean “sensibles al COVID-19”.

Es importante decidir si necesita datos cualitativos o cuantitativos (o una combinación de ambos) para abordar sus preguntas de monitoreo. Esto depende en gran medida de su enfoque. En pocas palabras, si quiere documentar las tendencias o contar el número de personas afectadas, se necesitan datos cuantitativos. Si desea examinar la naturaleza de un tema o ahondar en los cambios en la prestación de servicios, necesitará datos cualitativos (Recuadro 2).

RECUADRO 3 Datos cuantitativos vs datos cualitativos

Es común que en el MLC se utilice una combinación de puntos de datos cualitativos y cuantitativos. Cuando se consideran juntos, estos datos pueden proporcionar una visión holística de los temas que se están monitoreando.

Los datos cuantitativos pueden ofrecerle una mejor idea sobre el número de personas a las que llega el programa que se han visto afectados negativamente por la brecha en el servicio o el tiempo que dura el problema. Cuando existe una norma establecida (Ej.: Las directrices de la OMS con respecto al inicio del tratamiento el mismo día en que a las personas se les diagnostica VIH), los datos cuantitativos pueden resultar muy eficaces para medir si se están cumpliendo estas metas. La recopilación de información cualitativa es más abierta y les permite a los miembros de la comunidad expresar todo el alcance total de un problema que está afectando su salud, sin limitarse a un conjunto de indicadores medibles específicos. Por esta razón, las preguntas cualitativas pueden constituir el “pase de oro” que permite revelar y desentrañar cuestiones complejas e interconectadas.

Datos cuantitativos

Si su pregunta de monitoreo se centra en el número de personas que están accediendo a un servicio o cuantifica el tiempo que dura un procedimiento, necesitará indicadores cuantitativos. Las preguntas cuantitativas le permiten especificar la magnitud y el tiempo que dura un problema:

- ¿A cuántas personas afectó?
- ¿A cuántas personas se ha llegado?

- ¿Durante cuánto tiempo se suspendió el servicio?
- ¿Cuántos establecimientos brindan el servicio (Ej.: TARV, RVLM) en la provincia)?

Datos cualitativos

Si su pregunta de monitoreo se centra en describir el grado y la naturaleza de un tema detallando quién se ve afectado y el impacto que causa la experiencia en los individuos o comunidades, se necesitan datos cualitativos. Los datos cualitativos nos permiten describir el “qué” y el “porqué” de un tema. Resultan especialmente útil para conocer los obstáculos subyacentes o los factores que facilitan la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, adecuación y calidad de los servicios. Los datos cualitativos le ayudan a responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los aspectos subyacentes que promueven los retos?
- ¿Por qué se producen los retos que se han identificado?
- ¿Cuál es el impacto que causa este problema en los miembros de la comunidad?

Cómo seleccionar los indicadores cuantitativos

Cualidades de un buen indicador

Los indicadores especifican los datos que deben recopilarse rutinariamente para responder sus preguntas de monitoreo y proporcionar la “evidencia” para el MLC. Un indicador es una medición objetiva y reproducible, cuantitativa o cualitativa, que se usa para evaluar la implementación de una política o un programa. Los indicadores se usan para monitorear el ciclo completo de un programa y pueden medir los insumos, los productos, los resultados o el impacto.

Al seleccionar los indicadores cuantitativos, es aconsejable que seleccione una combinación que le proporcionará los detalles para abordar sus preguntas de monitoreo. Al hacer la selección final, es importante considerar la factibilidad de recopilar los datos y las fuentes de datos disponibles. Las cualidades de los buenos indicadores se resumen en el recuadro x 3.

RECUADRO 4 Cualidades de un buen indicador

Válido: La validez de la medición significa que medirá el atributo para cuya medición se ha diseñado.

Significativo: Esto quiere decir que la información que proporciona el indicador le trasmite algo importante y puede brindar información para emprender (Ej.: el desarrollo de la política o la mejora del programa).

Confiable: Los indicadores confiables captarán datos que pueden cambiar con el atributo que se mide

y, por lo tanto, detectarán las tendencias, las brechas y los éxitos. Esto significa que se obtienen resultados uniformes para el mismo período, independientemente de quién los esté evaluando.

Capacidad de reproducción: Los buenos indicadores son los que son claros y fáciles de utilizar por parte de todos los evaluadores. Esto significa que los datos obtenidos de una fuente de información serían los mismos aunque distintas personas realizaran la recopilación de datos.

Factibles: Se refiere a la facilidad para recopilar los datos. La factibilidad se relaciona muy de cerca con la disponibilidad de las fuentes de datos necesarias. La factibilidad también puede estar relacionada con los recursos disponibles para llevar a cabo la recopilación de datos que corresponden a un indicador específico, o a todos los indicadores seleccionados. Si los datos de los indicadores se consiguen fácilmente en formato impreso o en sistemas de datos electrónicos, será más factible recopilar esta información que los datos obtenidos mediante grandes encuestas que requieren muchos recursos o acceso a los historiales médicos o los que se obtienen por medio de entrevistas individuales y grupos focales. En la era del COVID-19, la factibilidad incluye la capacidad de recopilar datos incluso cuando existen medidas de salud pública (como el distanciamiento social, etc.).

Anatomía de un indicador

Los detalles de los indicadores son importantes para garantizar la claridad y asegurarse de que todos los usuarios interpreten y recopilen la información que se espera en una forma similar y uniforme. La descripción del indicador, las fuentes de los datos y los métodos para medirlos son componentes importantes de

cada indicador. Estos se describen en una hoja de referencia de indicadores o se resumen en el marco de monitoreo y evaluación (M&E) (vea la Tabla 3). Cuando formule sus indicadores, asegúrese de incluir un nivel de detalle que proporcione los componentes de cada indicador. Vea el Anexo A donde encontrará más marcos de indicadores.

TABLA 3 Componentes principales de los indicadores

Componente	Descripción	Ejemplo (tomado de la OMS) ¹⁰ *Si desea consultar los ejemplos de TB y malaria, refiérase a los Anexos B2 y B3
Código y título del indicador	Los indicadores pueden llevar un código corto además de su título completo	Profilaxis Preexposición (PrEP) 1: Porcentaje de personas idóneas que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses
Numerador	Enumeración del resultado o el total que alcanzó un indicador	Número de HSH elegibles que iniciaron la PrEP oral en el período de este informe

(10) OMS (2018) *Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV Infection – Module 5 – Monitoring & Evaluation* (Herramienta de aplicación de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) de la infección por el VIH - Módulo 5 - Monitoreo y evaluación). Disponible en línea en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279834/WHO-CDS-HIV-18.10-eng.pdf?ua=1>

Componente	Descripción	Ejemplo (tomado de la OMS) ¹⁰ *Si desea consultar los ejemplos de TB y malaria, refiérase a los Anexos B2 y B3
Denominador	Enumeración de la población total o cohorte (si es pertinente). Entre los indicadores de cobertura se incluyen los denominadores y los resultados, los cuales suelen expresarse como porcentajes	<ul style="list-style-type: none"> → Número de HSH elegibles a quienes recién se les ha ofrecido PrEP durante el período de este informe → Indicador de cobertura (%) = → numerador (# que recibe PrEP) → denominador (# de PrEP que recién se ofreció)
Desgloses	Definición de las subpoblaciones pertinentes a las que corresponden el numerador y el denominador	<ul style="list-style-type: none"> → Las personas que recibieron la PrEP por primera vez en su vida → Edad (15–19, 20–24, 25–49 y 50+ años) → Género (masculino, femenino, cisgénero, transgénero o no binario) → Poblaciones clave (HSH, TS, TG, PUD y reclusos en cárceles y otros entornos cerrados) → Áreas geográficas y otras áreas de importancia.
Frecuencia de los informes	Proporciona detalles sobre cuán seguido se integran y se revisan los datos	Los datos deben recopilarse continuamente a nivel de establecimiento, integrarse periódicamente y alinearse con la frecuencia de los informes de otros indicadores que se recopilen rutinariamente (muchas veces en forma mensual o trimestral). Luego, estos datos deben combinarse para los informes anuales.
Definición/ Descripción	Brinda detalles adicionales sobre lo que se pretende medir con el indicador	Este indicador es clave para evaluar la aceptación del PrEP entre los que son elegibles para recibirla. Entre las personas que iniciaron la PrEP oral se incluyen las que la iniciaron por primera vez y las que podrían haber interrumpido la profilaxis y haberla retomado durante el período del informe.
Fuente de los datos	La fuente de la información puede variar e incluye los registros del establecimiento/programa, las entrevistas con los usuarios de los servicios – esto dependerá de la naturaleza de los indicadores y de lo que se encuentre disponible en los sistemas de información sanitaria existentes.	<p>Fuente de datos: Registros de los programas</p> <p>El numerador se genera contando el número de personas que empezaron la PrEP en los últimos 12 meses entre todas las personas a las que recién se les ofreció la PrEP durante el período del informe. El numerador incluye a las personas que recibieron PrEP por primera vez y las que habían interrumpido la profilaxis y la retomaron durante el período del informe. Los usuarios habituales de la PrEP que continúan con su tratamiento profiláctico deben excluirse tanto del numerador como del denominador.</p>

Componente	Descripción	Ejemplo (tomado de la OMS) ¹⁰ *Si desea consultar los ejemplos de TB y malaria, refiérase a los Anexos B2 y B3
Método de medición/ Cómo recopilar	<p>Para este paso, es útil consultar con los expertos del programa, en M&E y otros para comprender el flujo de datos y los lugares donde se encuentra la información.</p> <p>Define los cálculos y las fuentes usadas para reportar los datos. Con ello se garantiza la coherencia y la comparabilidad entre todos los que usan este indicador.</p>	<p>En el numerador se debe contar a cada individuo únicamente una vez en cada período de informe. Todas las personas que recibieron PrEP oral por medio de programas nacionales, proyectos de demostración, investigaciones o por medios privados y la toman conforme a las normas de OMS/ ONUSIDA deben incluirse. El denominador se genera contando al número de personas a las que recién se les ofreció la PrEP luego de cumplir con los criterios de elegibilidad. Una persona solo debe contarse una vez en un periodo de informe determinado, aunque haya iniciado la PrEP más de una vez tras un periodo de interrupción.</p> <p>La edad se define como la edad que tiene la persona cuando inicia la PrEP. Si la persona considera que pertenece a más de una población clave, todas sus respuestas deben registrarse. Esto significa que la suma de los datos desglosados por tipo de poblaciones clave puede ser mayor que el número total de personas. Los datos de personas transgénero también se pueden desglosar por diferentes grupos de género: masculino, femenino o no binario.</p>

Tipos de indicadores

Existen varias maneras de categorizar indicadores (basándose en el nivel de la cadena de resultados – insumo, producto, resultado, impacto, etc., o el tipo de datos que representan). Para los fines de esta guía, describiremos los indicadores de dos maneras, en función de si incluyen denominadores (indicadores de cobertura) o si se centran únicamente en los numeradores (indicadores de productos) (Tabla 5).

Indicadores de productos: Estos indicadores captan valores numéricos. Los indicadores de productos proporcionan un recuento del número de eventos (o individuos) durante un periodo de tiempo específico o del número de los que cumplen ciertos criterios. Por ejemplo, proporcionan un valor absoluto

correspondiente al número de personas que reciben un servicio en un periodo definido (número total de personas sometidas a pruebas de malaria en 2020). Los indicadores de productos son útiles para analizar las tendencias de los diferentes servicios que se prestan en el mismo lugar. En algunos casos, los indicadores de productos son suficientes. Sin embargo, al no incluir los denominadores, no ofrecen una perspectiva completa de la calidad de los servicios o del alcance logrado dentro de una población objetivo.

Indicadores de cobertura: Los indicadores de cobertura captan valores numéricos. Incluyen dos componentes, un numerador y un denominador, y que suelen presentarse en forma de porcentaje. El denominador permite evaluar las brechas en la continuidad de los servicios de diagnóstico, atención y

tratamiento. En muchos casos, se conocen los denominadores (número total de personas a las que se ha llegado en la fase anterior del programa), y esta información permite a los programas cuantificar tanto el acceso como las brechas. Se debe tener cuidado cuando se estiman los denominadores, ya que la calidad del denominador estimado podría influir en la determinación de si una cobertura es alta

o baja. También se debe tener cuidado con la interpretación de los datos de cobertura cuando los denominadores cambian significativamente, ya que esto da lugar a un cambio artificial en el porcentaje. Considere la posibilidad de revisar las tendencias tanto del numerador como del porcentaje de los indicadores de cobertura.

TABLA 4 Comparación de los dos tipos principales de indicadores

Indicador de productos	Indicador de cobertura
<p>Considere los indicadores de productos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Captar valores numéricos → Evaluar tendencias en la aceptación de un servicio → Describir la magnitud de un problema. 	<p>Los indicadores de cobertura resultan más adecuados cuando necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Determinar las brechas en la cobertura → Indicar la calidad del servicio.
<p>Número de personas que recién iniciaron tratamiento para la TB</p>	<p>Número y porcentaje de personas recién diagnosticadas con TB que iniciaron su tratamiento</p>
<p>Número de personas que reciben TARV que han alcanzado la supresión viral</p>	<p>Número y porcentaje de personas que reciben TARV que han alcanzado la supresión viral</p>
<p>Número de personas que recibieron pruebas de diagnóstico de malaria</p>	<p>Número y porcentaje de personas con sospechas de padecer malaria que recibieron pruebas de diagnóstico¹¹</p>

(11) Vea el Anexo B1 donde encontrará más detalles sobre indicadores de productos vs los de cobertura.

TABLA 5 Escenarios y tipos recomendados de indicadores

Escenario	Tipo de indicador	Explicación
Durante las primeras etapas de la implementación	Producto	Durante las primeras etapas de implementación los indicadores de productos resultan útiles para llevar el control de la existencia de un servicio (Ej.: para contar el número de laboratorios que realizan una prueba específica). Llevar este control le permite describir las tendencias y señales al iniciarse la implementación de una política o programa.
Para describir la magnitud de un problema	Producto (o ambos)	El uso de un porcentaje por sí solo no nos indica el tamaño de la población que necesita un servicio ni la magnitud de la brecha. Un indicador de resultados puede decirnos que 12,000 personas no recibieron un servicio, lo que podría representar el 2% de los asistentes a una clínica prenatal. A menudo, esto significa recopilar y reportar tanto el numerador como el denominador de un indicador de cobertura.
Para describir tendencias en un lugar o sitio específico	Producto	Si el denominador (Ej.: el número de centros) no varía, los indicadores de resultados son muy útiles para monitorear las tendencias del número de personas que acceden a un servicio. En igualdad de condiciones, los cambios importantes en los datos (positivos o negativos) podrían indicar el efecto de una intervención (como la ampliación del horario de las clínicas o un evento externo [Ej.: COVID-19]).
Para describir la cobertura de un programa	Resultado	Para evaluar los niveles de acceso o determinar las desigualdades en el acceso, es necesario conocer el tamaño de la comunidad que debería recibir el servicio (denominador) y el número de personas que lo reciben actualmente (numerador). La descripción de una tendencia ascendente, como por ejemplo que el número de personas que acceden a un servicio se duplicó de 1,500 en 2010 a 3,000 dos años después puede ser convincente (pero podría ser solo un aspecto de la cuestión). Sin embargo, si se señala que esto representa solo el 15% (en 2010) y el 30% (en 2013) de una población conocida de 10,000 personas que usan drogas- se muestra tanto el avance como la brecha en la cobertura, ya que el 70% de los que necesitan un servicio no lo están recibiendo actualmente.
Para indicar la calidad de un servicio	Resultado	

Elaboración de las preguntas cualitativas

Los datos cualitativos les permiten a los implementadores del MLC recopilar información sobre el contexto más amplio en el que se prestan los servicios para el VIH, la TB y la malaria. Los recopiladores de datos se enteran de las experiencias que se han vivido y empiezan a identificar las cuestiones (tanto positivas como negativas) que conforman la interacción de las personas con los sistemas de salud. Por medio de entrevistas con los proveedores de salud y los que toman las decisiones, los datos cualitativos también permiten un análisis más profundo de los enfoques para la prestación de servicios y los cuellos de botella que afectan la calidad de los servicios prestados a las comunidades.

A diferencia de los indicadores cuantitativos, que tienen una respuesta fija (numérica) (Ej.: el tiempo de espera en la clínica, el número de pruebas de TB efectuadas, el tiempo que duran los desabastecimientos y los tipos de medicinas que no se encuentran disponibles), en la recopilación de datos cualitativos se utilizan preguntas abiertas o inducciones que pueden ayudar a clarificar el relato de la experiencia vivida por una persona que recibe atención. Ayuda a dilucidar la razón por la cual se pueden estar dando ciertas conductas al buscar atención (o no buscar atención). Por ejemplo, algunas personas que reciben atención podrían

estar visitando una clínica donde el tiempo de espera es más largo si allí atiende un proveedor de salud confiable y amigable a las lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, *queer* y + (en reconocimiento a todas las identidades que nos son heterosexuales y cisgénero; LGBTQ+). Aunque los datos cuantitativos mostrarían diferencias en el número de poblaciones claves que acceden a los servicios en la clínica, la única forma de documentar la razón (en este caso, las experiencias positivas con el proveedor) es mediante la recopilación de datos cualitativos.

En pocas palabras, es importante el contexto, y la recopilación de datos cualitativos es una herramienta muy eficaz para identificar, comprender y comenzar a abordar los factores subyacentes de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, idoneidad y calidad de los servicios. Las preguntas e inducciones cualitativas bien formuladas pueden ayudar a revelar nuevos temas que anteriormente no se habían captado por medio de otros procesos de recopilación de datos. Los datos cualitativos generalmente se recopilan mediante entrevistas semiestructuradas, en las que se utilizan preguntas orientadoras durante entrevistas individuales (con los informantes claves) o discusiones en grupos focales con un máximo de 10 participantes (Recuadro 4).

RECUADRO 5 Técnicas de entrevistas cualitativas usadas comúnmente en el MLC

Entrevistas a informantes claves: Las entrevistas a los informantes claves son entrevistas individuales con personas que tienen pleno conocimiento sobre un tema específico. En el contexto del MLC, estas entrevistas podrían realizarse con un miembro de la comunidad que está bien enterado sobre temas de acceso a la atención, la aceptación de los servicios o experiencias de la comunidad. Las entrevistas cualitativas para el MLC pueden incluir también entrevistas con los trabajadores de salud que se dedican a la prestación (o gestión) de servicios, quienes pueden explicar los problemas relacionados con la prestación de servicios o el sistema de salud, según sus funciones respectivas.

Grupos focales: Las discusiones en grupos focales son entrevistas cualitativas que reúnen a varios informantes claves (8-10 personas) con experiencias similares (Ej.: TS, PUD y, jóvenes). La sesión de grupo la facilita un entrevistador que pueda fomentar la discusión sobre temas específicos que brinden información de fondo. En el caso del MLC, las discusiones de grupo han incluido a los miembros de la comunidad que se sientan cómodos compartiendo los problemas (y posibles soluciones) en un entorno grupal.

Entrevistas semiestructuradas: Las entrevistas semiestructuradas se efectúan utilizando una lista de temas o preguntas modelo con inducciones opcionales. El entrevistador cubre todas las preguntas o temas en la guía, pero podría utilizar una secuencia diferente para abordarlas, basándose en el flujo natural de la discusión con diferentes informantes claves o basándose en la dinámica del grupo focal.

Las entrevistas cualitativas resultan especialmente útiles cuando:

- **Está examinando un nuevo tema** y le gustaría que los informantes claves le proporcionen un sentido de los factores principales que los están afectando;
- **El tema es complejo y tiene varias dimensiones**, y no se puede entender completamente basándose únicamente en una fuente de datos cuantitativos (o le gustaría entender el contexto que conduce a los datos cuantitativos que está viendo);
- **Quiere comprender a fondo las experiencias** y las necesidades de las comunidades;
- **Quiere descubrir las razones por las cuales han ocurrido los problemas** (como los desabastecimientos o las interrupciones del tratamiento) hablando con el entrevistado o entrevistados acerca de la experiencia;
- **Quiere comprender el contexto que está generando** los datos cuantitativos que observa.

Determinar a quién debe entrevistar

Su entrevista es una oportunidad única y debe aprovechar al máximo el tiempo que tiene con los participantes. Por lo tanto, es importante identificar a la persona más idónea para hablar sobre el problema. Por ejemplo:

- El farmacéutico podría saber que hay varias personas que se retrasan para recoger sus medicamentos, pero es posible que no sepa por qué se retrasan. Al entrevistar a las personas que reciben atención y que han sufrido interrupciones en su tratamiento podría obtener información detallada sobre las razones por las que se han retrasado en reponer sus medicamentos.
- Una persona que trabaja en los servicios de flebotomía (extracción de sangre) en un establecimiento puede darse cuenta de que los resultados se entregan con retraso, pero es posible que no sepa por qué. El gerente del laboratorio podría estar en una mejor posición para explicar los retrasos en el procesamiento de muestras y los retos que supone la entrega puntual de los resultados.

Por lo tanto, se deben seleccionar participantes que:

- Sean expertos, sobre la base de las experiencias que han vivido y sus conocimientos de primera mano de los problemas que afectan a sus comunidades,
- Tengan responsabilidad directa de la prestación de servicio o de los sistemas relacionados con ello.

Consejos para elaborar preguntas cualitativas:

- 1. Escoja preguntas que se relacionen con sus prioridades estratégicas (prevención del VIH) y que sean pertinentes para su alcance (Ej.: centros urbanos) y su población objetivo (Ej.: HSH).**
- 2. Plantee preguntas que le permitan obtener más información sobre los temas cubiertos por sus indicadores cuantitativos.**
- 3. Siempre formule preguntas abiertas que permitan al encuestado contar su historia o compartir sus experiencias.** Aunque está bien que se incluyan algunas preguntas cerradas, limite las preguntas que obtengan una respuesta escueta de sí o no; estas no le proporcionarán los detalles que necesita.

EJEMPLO DE UNA PREGUNTA ABIERTA: “¿Qué efecto ha tenido el horario de apertura/cierre de la clínica en la forma en que busca atención en salud?” o “¿Podría describir alguna forma de prestar servicios que haya afectado (o pueda afectar) su forma de buscar atención en salud? (En lugar de preguntas cerradas, como “¿el nuevo horario de la clínica le dificulta conseguir una cita?”, utilice preguntas abiertas, porque permiten al encuestado hablar libremente de su propia experiencia).

- 4. Las preguntas cualitativas no buscan influir en quien las responde para que escoja una respuesta establecida. Las respuestas no se deben dar (Ej.: como las preguntas de elección múltiple), y las preguntas no deben ser inductivas.**

OEJEMPLO DE PREGUNTA INDUCTIVA: “¿Diría usted que el horario de cierre anticipado de la clínica los viernes desanima a la gente a buscar atención médica ese día?” (Evite las preguntas inductivas, porque predisponen al encuestado a dar una respuesta determinada: “Sí, el horario de cierre temprano me ha disuadido de buscar atención”).

OINDUCCIONES: Si obtiene una respuesta “sí” o “no”, o una respuesta muy breve, siga con una “inducción”: una pregunta relacionada con el tema para recabar información más detallada. Por ejemplo, si un encuestado dice “sí, he retrasado la búsqueda de atención”, pídale que describa el motivo; formule preguntas como: “¿Su retraso en la búsqueda de atención estuvo relacionado con los horarios de apertura, la ubicación de los servicios, los días de consulta u otra razón?” o, “¿Qué le hizo retrasar la búsqueda de atención?”

- 5. A medida que elabore sus preguntas, piense en cómo utilizará y reaccionará ante los datos que posiblemente surjan de la pregunta.**

Por ejemplo, ¿podría utilizarse la información para adaptar la forma en que se prestan los servicios con el fin de mejorar la asequibilidad o la accesibilidad? ¿Podrían los servicios ofrecer apoyo adicional a las personas que reciben la atención para mejorar el acceso (Ej.: estipendios para el transporte, entrega de medicamentos)?

6. **Empiece con preguntas generales (que son más fáciles de responder) para establecer una relación de confianza y luego pasar a temas más difíciles o delicados.**
7. **Separe sus preguntas y haga solo una pregunta a la vez.**
8. **Clasifique sus preguntas por entrevistado; por ejemplo, junte las preguntas que desee hacer a las personas que viven con el VIH, o a los jóvenes, o a las enfermeras, en una sola herramienta**

SI DESEA VER MÁS EJEMPLOS DE PREGUNTAS CUALITATIVAS, CONSULTE EL ANEXO B.

RECUADRO 6

¿Su recopilación de datos es una duplicación de esfuerzos?

La recopilación de datos de MLC es una tarea ardua que requiere mucho tiempo y un compromiso significativo por parte de un equipo de recopiladores de datos, gestores de datos, analistas de datos y otros socios, por lo que es importante ser eficiente con sus recursos y esforzarse por evitar la recopilación de información innecesaria.

Si otra entidad –como el Ministerio de Salud; un socio importante en la implementación de salud, como una organización financiada por el PEPFAR, o el propio establecimiento de salud– ya está recopilando datos sobre un determinado indicador (como el número de personas a las que se les ha diagnosticado VIH por mes), puede considerar la posibilidad de establecer un acuerdo formal para obtener acceso a estos datos en lugar de utilizar a los recopiladores de datos de la comunidad para recolectar la misma información. **Sin embargo, hay excepciones:**

- (a) **Los informes de la comunidad no coinciden con los datos existentes** – Por ejemplo, si su comunidad informa que existen constantes desabastecimientos de medicamentos esenciales, pero los registros de su centro de salud local indican que no se han producido desabastecimientos, es esencial recopilar datos generados por la comunidad para documentar la situación y corroborar las afirmaciones que, de otro modo, podrían descartarse como “pruebas anecdóticas”. En este caso, la comunidad no está estableciendo un “sistema paralelo”, sino que intenta triangular los datos de diversas fuentes para acercarse a la verdad.
- (b) **Los datos existen, pero no se comparten de forma transparente, rutinaria u oportuna** – Aunque otra entidad puede estar recopilando estos datos, a veces hay circunstancias en las que la parte interesada a la que pertenecen los datos se niega a compartir la información. Esto ocurre a veces si el propietario de los datos (como el establecimiento de salud o el Ministerio de Salud) cree que las comunidades utilizarán esta información para desacreditar o criticar al propietario de los datos, en lugar de trabajar juntos para identificar los problemas y crear soluciones conjuntas.

Cómo seleccionar medidas “sensibles al COVID-19”

Como se describió en la Sección II, el COVID-19 ha causado un impacto directo en la capacidad que tienen los sistemas de salud para prestar servicios. Las modalidades y la frecuencia de la prestación de servicios también han cambiado. A medida que la frecuencia de las visitas a las clínicas disminuye, las consultas virtuales y la telemedicina han aumentado y la prestación de servicios dentro de la comunidad también ha aumentado. El impacto del COVID-19 puede, por lo tanto, incluir cambios en el número de personas que llegan a los establecimientos y el tipo o naturaleza de los servicios que están disponibles en el entorno de los establecimientos y las comunidades. **Para garantizar que sus medidas respondan a estas dinámicas, podría ser útil considerar lo siguiente:**

Descripción del efecto del COVID-19 en las vidas de las personas que reciben atención

Utilizando datos cualitativos, puede tratar de determinar la naturaleza del impacto del COVID-19 en la vida diaria de las personas que reciben atención, específicamente:

1. ¿Qué impacto ha tenido el COVID-19 en ámbitos que no se relacionan con la salud? – ¿El COVID-19 ha causado impacto directo o indirecto en las oportunidades para obtener ingresos, acceder a alimentos, movilizarse y cumplir otras necesidades básicas? Hay necesidades nuevas que el COVID-19 (o las medidas para su mitigación) haya creado o agravado que no se estén abordando (Ej.: acceso a la educación).
2. ¿De qué manera han alterado las medidas de mitigación del COVID-19 las formas y los métodos de acceder a los servicios de salud? ¿Han cambiado los tipos de servicio que están disponibles? ¿Están disponibles los servicios en los lugares donde las personas normalmente pueden acceder a ellos? ¿Hay disposiciones para que las personas se desplacen a otros lugares para obtener servicios? Para los que están tomando medicamentos a largo plazo, ¿se ha afectado su adherencia?
3. ¿Qué impacto positivo ha causado el COVID-19 (o la respuesta al mismo)? – ¿Hay nuevas formas de acceder a los servicios que sean (más) aceptables para la comunidad?

Descripción de cómo el COVID-19 ha afectado la prestación de servicios desde el punto de vista de los proveedores de salud

Por medio de entrevistas cualitativas, puede indagar:

1. Cómo afectan las políticas o directivas la forma en que se prestan los servicios – los prestadores de servicios de salud son los más idóneos para describir cómo los cambios en la prestación de servicios afectan la forma en la que trabajan. ¿Las nuevas políticas restringen las horas de atención o el horario en el que se prestan los servicios? ¿A quién se atiende en la clínica? ¿Hay resultados positivos causados por los cambios o las nuevas intervenciones?
2. Si los retos a los que se enfrentan las clínicas han agravado los problemas que ya existían y qué soluciones podrían ser útiles.

La cuantificación de los cambios en el acceso a los servicios

Usando datos cuantitativos, usted puede enumerar el efecto sobre el acceso a los servicios mediante el seguimiento de:

1. Las tendencias mensuales en el número de personas que acceden a un servicio, comparado con el número que lo utilizaba antes del COVID, su escalada y los cierres. Esto significa que tendrá que seleccionar un indicador y un método de medición que sean coherentes con los sistemas de información nacionales o de los establecimientos o con los datos históricos.
2. El período de tiempo o el horario establecidos para la prestación de servicios. Podría ser necesaria la medición del espaciamiento de las citas con el fin de establecer si se ha reducido la frecuencia de las visitas a la clínica o de documentar el tiempo de entrega de los resultados de laboratorio.
3. El surgimiento de nuevas intervenciones o puntos para la prestación de los servicios. Podría incluir un cambio a los servicios basados en la comunidad. Por ejemplo, en el caso del VIH, el cambio en la forma de entrega de los medicamentos: en vez de entregarlos en las farmacias de los establecimientos, se entrega la TARV en la comunidad.

TABLA 6 Measuring the Impact of COVID-19

Dominio	Enfoques de monitoreo que se sugieren
<p>1. Aceptación de los servicios: Documente las tendencias en la aceptación de los servicios</p>	<p>CONSEJO: Considere efectuar un seguimiento del número de personas o miembros de la comunidad que acceden a un servicio y compare estos datos con los de los períodos anteriores al COVID. Incluya el desglose por subpoblación para evaluar si el perfil de las personas que acceden al servicio ha cambiado.</p> <p>CUANTITATIVO: Monitoree el número total de personas a quienes se les efectuaron pruebas de VIH por grupo etario, población clave y género</p> <p>CUALITATIVO: Pregunte a las personas que reciben atención y a los miembros de la comunidad cuáles son las barreras (o los factores propicios) para la atención que existen ahora como resultado del COVID-19</p>
<p>2. Interrupción de los servicios: Documente la interrupción en la disponibilidad de los servicios, insumos y medicamentos</p>	<p>CONSEJO: Considere efectuar un seguimiento de los desabastecimientos y del tiempo que duró la interrupción del acceso a los servicios y la falta de medicamentos esenciales.</p> <p>CUANTITATIVO: Monitoree las alteraciones en la disponibilidad de pruebas diagnósticas para la TB y cuánto duraron dichas alteraciones.</p> <p>CUALITATIVO: Pregunte a los trabajadores en salud cómo estas alteraciones afectaron los servicios que se brindan en el establecimiento y qué medidas preventivas se pueden implementar.</p>

Dominio	Enfoques de monitoreo que se sugieren
<p>3. Retrasos en la prestación de servicios: Resalte los retrasos en la prestación de los servicios</p>	<p>CONSEJO: Considere el tiempo que tarda en recibir los servicios, la duración/ el tiempo/ la frecuencia de las citas para las personas que están en mayor riesgo de sufrir interrupciones de su tratamiento (por ejemplo, debido a las medidas de distanciamiento social que impiden a las personas inmunodeprimidas llegar a las clínicas de salud en persona a recoger los medicamentos que se les dispensan mensualmente). Estos datos pueden cuantificarse usando los libros de registro y recabando las experiencias de los usuarios de los servicios por medio de entrevistas con las personas que reciben atención.</p> <p>CUANTITATIVO: Monitorear el tiempo que tardan en entregar los resultados de las pruebas de carga viral de VIH</p> <p>CUALITATIVO: Pregunte a las personas que reciben atención sobre sus experiencias personales con la espera de resultados y sobre la forma en que los retrasos los afectan personalmente.</p>
<p>4. Calidad de los servicios: Monitoree los cambios en la cobertura de los componentes esenciales de los servicios</p>	<p>CONSEJO: Considere comparar el porcentaje de la población que recibe un servicio clínico con los datos anteriores al COVID. Al incluir la recopilación de datos cualitativos se puede tener una idea más clara de las experiencias de la comunidad y de las barreras que existen en el acceso a los programas.</p> <p>CUANTITATIVO: Una evaluación del porcentaje de personas que llegan a las clínicas prenatales y reciben una prueba de malaria o de VIH</p> <p>CUALITATIVO: Pregunte a las personas que reciben atención sobre sus experiencias personales, con el fin de evaluar si se les realizaron pruebas y evaluar su conocimiento sobre la importancia de estas pruebas.</p>
<p>5. Diferenciación en la prestación de servicios: Documente las soluciones o intervenciones que recién han surgido, incluyendo el aumento o la introducción de nuevas modalidades o puntos de prestación de servicios</p>	<p>CONSEJO: El COVID-19 podría afectar el lugar donde se accede a los servicios. Ello podría incluir cambios en los puntos de prestación de servicios, las alianzas con grupos comunitarios o un mayor énfasis en los enfoques de prestación de servicios que podrían verse menos afectados por las restricciones impuestas por el COVID-19.</p> <p>CUANTITATIVO: Documente el número y el porcentaje de personas que reciben TARV, desglosados por la cantidad de medicamentos que se les dispensan.</p> <p>CUALITATIVO: Platique con las personas que reciben atención acerca de las buenas prácticas o las experiencias positivas que están surgiendo y la forma cómo estas nuevas experiencias pueden ayudar a mejorar su salud y su calidad de vida después del COVID-19.</p>

Desarrolle las herramientas para recopilar datos, procedimientos y permisos

Si ha estado usando un enfoque gradual, a estas alturas ya ha definido claramente lo que quiere monitorear y ha seleccionado una combinación de mediciones que le permitirán hacerlo. El siguiente paso será establecer los procedimientos que guiarán la recopilación de datos. Estos procedimientos le proporcionarán una estructura clara para la recopilación, la gestión y el uso de sus datos. Esta guía cubre los pasos clave para dichos procesos. En otros documentos se proporcionan orientaciones detalladas sobre cómo garantizar la calidad de los datos y cómo analizarlos.¹²

1. PLANIFICACIÓN: Herramientas para la recopilación de datos, protocolos y recursos para la implementación

Elabore sus herramientas para la recopilación de datos y sus protocolos basándose en los datos que piensa recopilar y las fuentes de datos que espera usar. Asegúrese de que sus herramientas le permiten recopilar los datos con el nivel de desglose que necesitará. También es importante separar sus herramientas según la fuente que usará o en el caso de las entrevistas cualitativas, por tipo de participante (por ejemplo, personal del establecimiento de salud, grupo de población clave y población vulnerable, etc.).

En la era del COVID-19, se deben tener en cuenta otras consideraciones al recopilar datos y elaborar herramientas. Por ejemplo, si las entrevistas no se llevarán a cabo presencialmente, considere adaptarse utilizando herramientas en línea o virtuales. Por ejemplo, si las entrevistas no pueden realizarse cara a cara, considere la posibilidad de adaptarse mediante el uso de herramientas en línea o virtuales y asegúrese de que sus herramientas de recopilación de datos se

ajustan a la recolección de datos en línea y virtual.

Elabore guías para la gestión de datos que delinee los procedimientos que llevará a cabo su equipo. Entre ello se incluye si la recopilación de datos se hará en papel o si la información se ingresará directamente en una plataforma electrónica para la gestión de datos. Estos procedimientos también deben incluir los pasos que se utilizan a lo largo del proceso para mantener la calidad y la confidencialidad de la información.

Establezca qué recursos necesitará para llevar a cabo la recolección rutinaria de datos. Es probable que necesite crear y capacitar a un equipo de recolectores de datos que incluya un supervisor de datos, así como personal para ingresar y analizar los datos. También podría considerar la colaboración con una institución académica para apoyar el análisis y la difusión de los datos.

(12) ITPC (2022) *Precision in a Pandemic (Data Quality Assurance Guide)* [Precisión en una pandemia (Guía para el aseguramiento de calidad de los datos)] – en prensa; ITPC (2022) *CLM Data Use Guide (Guía para el uso de los datos)* – se publicará a mediados del 2022.

2. PERMISOS: Aprobación para la recopilación de datos y consentimiento informado

Muchas veces, la recopilación de datos para el MLC implica la revisión de registros de un establecimiento o programa que no está gestionado por implementadores del MLC. Es esencial involucrar formalmente a los líderes de un programa o establecimiento para obtener el permiso necesario antes de comenzar la recopilación de datos. Los requisitos para obtener el permiso pueden variar en función del contexto, y van desde un memorando de entendimiento hasta la aprobación de la Junta de Revisión Institucional o ética (IRB, por sus siglas en inglés), que suele ser necesaria si los socios quieren publicar los datos más adelante.

Al contar con el permiso de la autoridad competente, podrá revisar los registros y documentar la información que necesita, y/o

realizar entrevistas cualitativas. El proceso de aprobación suele implicar la presentación de una copia de su protocolo de recopilación de datos con las herramientas de recopilación pertinentes. Hay que tenerlo en cuenta a la hora de elaborar el calendario de implementación.

Antes de empezar sus entrevistas con las personas que reciben atención y los trabajadores en salud, también es esencial confirmar sus permisos para grabar y usar sus respuestas. Este proceso de explicar el propósito de la entrevista y cómo se usará la información se denomina consentimiento informado. Si no dan su consentimiento para grabar la entrevista, el entrevistador podría preguntar si todavía puede continuar y solo tomar notas.

3. PRUEBAS PILOTO: Ensayo de sus herramientas y refinamiento de sus procesos

Ensayar sus herramientas para la recopilación de datos es un paso importante, de manera que pueda evaluar el tiempo que tomará la recolección y determinar si la información está disponible en el formato que necesita. Si se han seguido los pasos que usted ha delineado en su protocolo para la recopilación de datos, cuando se ensayan preliminarmente las herramientas impresas y las bases de datos electrónicas se podrán detectar errores en las herramientas o brechas en la disponibilidad de información en las fuentes de datos seleccionadas. Las pruebas piloto también ayudan a determinar si es necesario:

- Eliminar preguntas (Ej.: si son redundantes o innecesarias);
- Agregar preguntas (Ej.: porque no está recabando la información que necesita);
- Reformular las preguntas ya existentes (Ej.: porque la redacción de la pregunta puede resultar confusa o muy larga o porque

sistemáticamente genera respuestas que no aportan información sobre el tema que realmente se desea conocer);

- Reduzca el trabajo de MLC para que incluya un número menor de preguntas y preguntas más concretas (Ej.: porque el volumen de información que está recopilando es demasiado grande para poderlo analizar eficazmente);
- Solucione los problemas lingüísticos que dificultan la recopilación eficaz de datos (Ej.: porque la herramienta debe traducirse a un idioma local, o porque la redacción de algunas preguntas debe simplificarse, o porque algunas palabras deben expresarse en términos más generales o sencillos).

Por lo tanto, la realización de pruebas piloto o de campo de sus herramientas le permite refinar tanto las herramientas como los procedimientos antes de proceder a su implementación final.

4. PROTECCIÓN Y PRIVACIDAD: Garantice la confidencialidad y el almacenamiento seguro de la información

Es importante garantizar la confidencialidad y la seguridad de la información a lo largo de todo el proceso de recopilación de datos. Las medidas que se tomen para proteger la confidencialidad de los datos deben explicarse a los entrevistados como parte del proceso de consentimiento informado. Las salvaguardias incluyen limitar la recopilación de información personal de identificación (como los nombres y fechas de nacimiento). De esa manera, los datos confidenciales sobre la condición de la salud y la

orientación sexual de una persona no se vinculan a detalles que puedan usarse para identificar a individuos. El almacenamiento seguro de los registros (impresos) en gabinetes cerrados con llave o en bases de datos y dispositivos electrónicos protegidos con contraseña es también un aspecto importante de la seguridad de los datos. Aunque se excluyan los nombres de las bases de datos, se garantiza que sólo puedan acceder a ellos quienes tienen permiso para hacerlo (Recuadro 6).

RECUADRO 7 Fuentes de datos, aprobación ética, privacidad y seguridad

Como se mencionó anteriormente en el Recuadro 4, compartir los datos es, muchas veces, un componente clave del MLC, especialmente cuando ya existen conjuntos de datos que contiene información que las comunidades desean monitorear.

Como parte sistemática de la creación de cualquier programa de MLC, recomendamos establecer un acuerdo formal al inicio del trabajo con los depositarios de los datos, ya sean estos establecimientos de salud, el Ministerio de Salud o los implementadores del programa (como PEPFAR u otros). Estos acuerdos pueden suscribirse en forma de un Memorando de Entendimiento, una carta de acuerdo o una autorización formal, etc. La aprobación del IRB, en el contexto de la colaboración con el sector académico, solo se requiere antes de llevar a cabo cualquier recopilación de datos que se espera publicar en una revista de investigación revisada por pares.

Es importante que todas las partes lleguen a un acuerdo de cómo se compartirán los datos, con qué frecuencia se hará, qué canales se utilizarán para hacerlo, quién tendrá acceso a los datos y cómo se asegurará el cumplimiento con las leyes de privacidad. Existen muchas razones para ello, incluyendo –y especialmente– la seguridad y privacidad de cada persona que recibe atención, cuyos registros de salud muchas veces contienen información sumamente delicada y privada (como su estado de VIH, información relacionada con su orientación sexual o identidad de género, etc.). Los identificadores únicos que protegen el nombre y la identidad de una persona que recibe atención muchas veces pueden permitir que la información general se comparta sin poner en peligro la seguridad o la privacidad de la persona. Además, los acuerdos formales sobre el intercambio rutinario de datos pueden ayudar a garantizar un flujo continuo de información, incluso si hay momentos de tensión entre las diferentes partes interesadas en la red de MLC (Ej.: cuando las autoridades del establecimiento de salud perciben que se les critica, y deciden empezar a retener datos contenidos en los registros del establecimiento).

Deben establecerse directrices claras sobre cómo desechar y destruir los datos (para garantizar que se desechan cuidadosamente, sin poner en peligro la seguridad o la privacidad), lo cual incluye el tiempo que se almacenarán los datos antes de destruirlos.

Una nota final

A medida que diseña sus programas de MLC, puede caer en la tentación de empezar inmediatamente seleccionando los indicadores y formulando las preguntas para las entrevistas. Lo instamos a que empiece estableciendo sus prioridades, definiendo sus preguntas de monitoreo y luego identificando los indicadores y las preguntas cualitativas.

Esta guía le proporciona un enfoque para que pueda empezar. Se le proporcionan unos cuantos ejemplos de nuestro proceso gradual para su referencia (vea el Anexo B). En la página 48 del Anexo C se incluyen sugerencias para efectuar entrevistas cualitativas y se darán más detalles en una próxima publicación. Para darle una idea de qué se está monitoreando en el panorama mundial más amplio de los indicadores correspondientes al VIH, la TB y la malaria, más allá del MLC, en el Anexo D hemos incluido vínculos a los marcos de monitoreo de otros programas internacionales.



Anexos

Modelo de un marco de indicadores para el Monitoreo Liderado por la Comunidad

Destacando los indicadores cuantitativos y las preguntas cualitativas relacionadas con ellos

Categoría	Permite agrupar los indicadores afines	Prevención del VIH
Indicador	Incluya aquí la descripción de su indicador. También puede clarificar los numeradores y/o los denominadores cuando lo considere pertinente.	Número de personas que reciben PrEP oral por primera vez
Frecuencia de los informes	Especifique la frecuencia con la que se revisarán los datos, que suele ser mensual en el caso de muchos indicadores del MLC, pero que también puede ser trimestral o anual (en el caso de las mediciones que no suelen cambiar mensualmente).	Mensualmente
Desglose	Especifique cómo se separarán los datos para proporcionar información sobre los subgrupos dentro de la población total representada en los datos.	Por grupo etario Por género Por sexo Por población clave
Fuente de los datos cuantitativos	Indique la fuente que revisaría para recopilar la información.	Registros del establecimiento de salud
Preguntas cualitativas	Cuando haya decidido formular preguntas cualitativas que se relacionan con el indicador cuantitativo, puede incluirlas aquí.	¿Cómo se enteró de la PrEP por primera vez? ¿Qué lo indujo a solicitar la PrEP?
Fuente de los datos cualitativos	Especifique aquí quienes serían sus informantes claves o los participantes en los grupos focales que responderán las preguntas cualitativas.	HSH Mujeres transgénero Mujeres cisgénero

Ejemplos de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de VIH

Mandato de la organización	Mejorar el acceso al tratamiento de alta calidad para las personas que viven con VIH.
Política nacional	Las PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH recién diagnosticadas deben iniciar rápidamente la TARV, independientemente de su etapa clínica o de su conteo de células CD4 al momento de su diagnóstico. Debe usarse Dolutegravir (DTG) como parte del tratamiento de primera línea.
Evidencia reciente	En los centros de tratamiento más grandes se ha tardado más la transición a la iniciación de la terapia antirretroviral en el mismo día (posiblemente debido a reparos con la gestión de existencias).
Prioridad estratégica para el MLC	Apoyar el inicio oportuno de la TARV para todas las personas que viven con el VIH recién diagnosticadas. Apoyar la transición al tratamiento de primera línea basado en Dolutegravir para las personas que reciben atención y que no hayan recibido tratamiento anteriormente.
Alcance	Todas las personas que viven con el VIH en el sitio, desglosadas por grupo etario, población clave y sexo.
Preguntas e indicadores de monitoreo	<ol style="list-style-type: none"> PREGUNTA DE MONITOREO: ¿Las personas que viven con el VIH recién diagnosticadas empezaron sus tratamientos el mismo día en que recibieron sus resultados positivos a la prueba del VIH? INDICADOR: Número y porcentaje de personas que viven con el VIH recién diagnosticadas que empezaron sus tratamientos. PREGUNTA DE MONITOREO: ¿Se proporciona tratamiento de primera línea basado en DTG rutinariamente a las personas que recién iniciaron la TARV? INDICADOR: Número de personas que recién iniciaron la TARV, desglosados por régimen antirretroviral.
Demostrar el valor de los denominadores y los indicadores de cobertura	Observe la diferencia entre el indicador propuesto para el seguimiento de la pregunta 1 y las dos opciones que se ofrecen a continuación (para los indicadores de resultados y de cobertura). Dado que existe una población de interés conocida (todas las personas con VIH recién diagnosticadas), sería mejor utilizar un indicador de cobertura para evaluar la aplicación de la política. Tenga también en cuenta que los indicadores captarán los datos cuantitativos, y que las entrevistas cualitativas pueden ser útiles para explicar los datos que se observan.

INDICADOR:

Número de personas que recién iniciaron sus tratamientos dentro de las 24 horas posteriores a su diagnóstico.

MES	SITIO	NUMERADOR	DENOMINADOR	PORCENTAJE
1	Establecimiento A	11,192	19,277	58%
2	Establecimiento A	13,405	21,821	61%
3	Establecimiento A	15,920	20,955	76%
1	Establecimiento B	1,670	1,710	98%
2	Establecimiento B	1,200	1,255	96%
3	Establecimiento B	970	1,004	97%

Utilizando los datos que aparecen arriba, podemos ver que el Establecimiento A ha reportado un número mayor de personas que empiezan su tratamiento con incrementos constantes en el número de personas que recién iniciaron sus tratamientos. El Establecimiento B reportó una disminución en el número de personas que iniciaron su tratamiento. Basándose en conteos absolutos, podría parecer que el desempeño del Establecimiento A ha sido superior; sin embargo, sin los detalles del área de captación y el tipo de población o poblaciones que se atienden, es difícil llegar a una conclusión definitiva. Es más, si no hay un denominador, también sería difícil evaluar la coherencia con la política nacional. Un primer paso para mejorar el indicador sería modificar el indicador para que capte la cobertura.

INDICADOR FINAL:

Número y porcentaje de personas que viven con el VIH que recién han iniciado su tratamiento (desglosado por momento de inicio – *dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico; más de una semana posterior al diagnóstico*)

Recopilación de datos cualitativos	Se pueden documentar las razones por las tasas bajas en el inicio del tratamiento el mismo día del diagnóstico por medio de la recopilación de datos cualitativos, las entrevistas con médicos y otro personal clínico en el sitio (a continuación se incluyen unas cuantas preguntas modelo). Estas serían parte de una herramienta mayor elaborada específicamente para médicos.
Fuente cualitativa	Entrevistas con informantes claves, en este caso con médicos.
Preguntas modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Por favor describa todos los pasos o criterios que se usan para determinar cuándo empiezan sus tratamientos las personas que reciben atención. • Por favor describa cualesquiera retos a los que se enfrentó al iniciar el tratamiento en las personas que reciben atención. • ¿Cómo se determina el tiempo que dura la receta o la cantidad de medicamentos dispensados para las personas que reciben TARV en el establecimiento?

<p>Preguntas modelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La política nacional recomienda que se inicien los regímenes basados en DTG como tratamiento de primera línea; por favor describa su experiencia con la implementación de esta política. Por favor describa cualesquiera sean las barreras y posibles soluciones que usted considere adecuadas. • ¿Cuáles son los impactos causados por el COVID-19 en la disponibilidad de medicinas e insumos en el establecimiento? Indagaciones: ¿Cómo han afectado el inicio de la TARV para las personas que reciben atención? ¿En la continuidad del tratamiento para las personas que ya reciben TARV?
<p>Notas adicionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El desglose por sexo, población clave y grupo etario le puede brindar una mejor idea de las desigualdades por sexo, población clave o grupo etario. • NOTE: Se necesita un indicador distinto para abordar la segunda pregunta de monitoreo – aunque hay un traslape, las dos preguntas son diferentes y tienen distintos denominadores.

Ejemplo de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de malaria

Mandato de la organización	La organización se centra en mejorar los resultados de salud materna en las mujeres marginadas. La organización aboga por mejor calidad de los servicios prenatales en las regiones con altas tasas de malaria y VIH.
Política nacional	<p>La política nacional incluye compromisos con las recomendaciones de la OMS para la realización de pruebas de malaria, específicamente: en todos los entornos, cuando se sospeche infección de malaria, se debe confirmar con una prueba parasitológica (por medio de microscopía o una prueba de diagnóstico rápido). Los resultados del diagnóstico parasitológico deben estar disponibles en un plazo corto (menos de dos horas) después de que se presenta la persona que recibe atención. En los entornos en los que no es posible el diagnóstico parasitológico, la decisión de administrar un tratamiento contra la malaria debe basarse en la presunción de que la enfermedad es palúdica.</p> <p>En las directrices para el tratamiento de la malaria¹³ se recomienda realizar una confirmación parasitológica rápida antes de empezar el tratamiento, ya sea por microscopía o con una prueba de diagnóstico rápido (RDT por sus siglas en inglés), en todas las personas que reciben atención y se sospecha que puedan padecer malaria.</p>
Evidencia reciente	Ocurren desabastecimientos de insumos en un punto geográfico con altas tasas de transmisión de malaria. No ha habido disponibilidad constante de pruebas y tratamiento para la malaria. Hay retrasos en la entrega de los resultados de las pruebas de malaria y el inicio del tratamiento para las personas embarazadas.
Prioridad estratégica para el MLC	Apoyar la realización oportuna de pruebas y el inicio de tratamiento para la malaria en las personas embarazadas. Garantizar un abastecimiento constante de medicamentos apropiados, incluyendo los que se usan para el tratamiento de la malaria durante el embarazo.
Alcance	Las personas que visitan las clínicas prenatales.
Preguntas e indicadores de monitoreo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se les ha realizado la prueba a las personas embarazadas con síntomas que podrían ser de malaria? 2. ¿Han ocurrido desabastecimientos de insumos para las pruebas y el tratamiento de malaria en las clínicas? 3. ¿Han recibido tratamiento las personas con malaria?

(13) Organización Mundial de la Salud (2021) WHO Guidelines for Malaria (Directrices de la OMS para el tratamiento de la malaria). Disponible en línea en: [<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1361724/retrieve>].

INDICADOR 1:

Número y porcentaje de casos sospechosos de malaria a quienes se les realiza una prueba parasitológica, desglosados por edad, tipo de prueba, clínica (los que visitan las clínicas de APR, hombres, mujeres, personas transgénero y personas de género no binario).

INDICADOR 2:

Número y porcentaje de personas embarazadas que visitan clínicas prenatales que recibieron tres o más dosis de tratamiento preventivo intermitente contra la malaria.

INDICADOR 3:

Número y porcentaje de casos de malaria (sospechosos o confirmados) que recibieron tratamiento contra la malaria en establecimientos de salud del sector público.

INDICADOR 4:

Número de establecimientos que han tenido desabastecimientos de uno o más insumos (por tipo).

Recopilación de datos cualitativos	<p>Puede ser útil incluir entrevistas o discusiones de grupos focales con los proveedores en el establecimiento con el fin de comprender los problemas y los retos relativos a la gestión de existencias y la prestación de servicios. A continuación se incluyen unas cuantas preguntas modelo (que serían parte de una herramienta más grande). Estas preguntas complementan la información del indicador #4.</p>
Fuente de datos cualitativos	<p>Entrevistas con informantes claves, en este caso, el jefe de farmacia o el personal de alto rango a cargo de adquisiciones.</p>
Preguntas modelo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué impactos causó el COVID-19 en el uso de medicinas, insumos y equipo en su establecimiento? • ¿Qué tipos de acciones preventivas cree usted que se necesitarían para solventar los problemas de desabastecimiento que podrían ocurrir (o evitar que se repitan los que ocurrieron) en su establecimiento?

Ejemplo de la selección de indicadores cuantitativos y preguntas cualitativas para los servicios de TB

Mandato de la organización	La organización se centra en abogar por la implementación de políticas basadas en la evidencia y programas para los servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB y, en última instancia, la eliminación de la TB. La organización trabaja a nivel de políticas, con el fin de abogar por mejoras en las políticas y los sistemas de salud nacionales.
Política nacional	La política nacional del país todavía no se ha actualizado de manera que incluya las recomendaciones de la OMS, publicadas en 2021. ¹⁴
Evidencia reciente	La organización se ha enterado por sus socios en el campo que los servicios de tuberculosis se han interrumpido y han perdido prioridad debido a la actual pandemia de COVID-19. Algunas organizaciones comunitarias han informado que se han disminuido su financiamiento, lo cual ha causado retrasos en el acceso al diagnóstico y el tratamiento en las comunidades donde trabajan.
Prioridad estratégica para el MLC	Apoyar la asignación continuada de recursos para las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. Mejorar la política nacional para garantizar que se ajusta plenamente a las recomendaciones de la OMS.
Alcance	Todas las personas con TB, incluyendo a las subpoblaciones en mayor riesgo (personas que viven con el VIH, personas en entornos cerrados, incluyendo las cárceles).
Preguntas e indicadores de monitoreo	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cambiaron los desembolsos/asignaciones para los programas de TB desde que empezó la pandemia del COVID-19? 2. ¿Se les realizan pruebas de TB rutinarias a las personas que viven con el VIH?

INDICADOR 1:

Suma total de financiamiento asignado a los programas de TB –desglosados por área programática y provincia/parroquia en donde esté disponible.

INDICADOR 2:

Número de personas a quienes se les realizó la prueba de TB –desglosado por población clave.

(14) Organización Mundial de la Salud (2021) *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis Screening* (Directrices consolidadas de la OMS sobre tuberculosis). Disponible en línea en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336771/retrieve>.

INDICADOR 3:

Porcentaje de personas que viven con el VIH a quienes se les realizó la prueba de TB en su visita más reciente a la clínica.

INDICADOR 4:

Número de establecimientos donde han ocurrido desabastecimientos de uno o más insumos (por tipo).

Nota – Es importante recabar datos históricos para demostrar el cambio en la asignación de fondos y la prestación de servicios. También sería importante considerar las experiencias en los puntos de prestación de servicios.

Recopilación de datos cualitativos	Las entrevistas con personas que viven con VIH para evaluar sus experiencias al acceder a los servicios y tratamiento para la TB o entrevistas con las personas que reciben atención podrían proporcionar datos complementarios. Se incluyen preguntas modelo para las entrevistas con los trabajadores en salud. Estas complementan los datos del indicador 4.
Fuente de datos cualitativos	Trabajador en salud.
Preguntas modelo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo ha afectado el COVID-19 los programas de pruebas y tratamiento para la tuberculosis? • ¿Qué impactos ha causado el COVID-19 en el uso de medicamentos y equipo médico en su establecimiento? • ¿Qué sugerencias puede proponer para evitar que se repitan estos problemas?

Cómo llevar a cabo entrevistas cualitativas

Los pasos generales para efectuar entrevistas cualitativas son similares, ya sea que estas se lleven a cabo de manera individual con los informantes clave o como entrevistas grupales. A continuación, también se dan consejos específicos para las discusiones grupales.

Pasos clave para efectuar entrevistas cualitativas

<p>Planificación/ diseño</p>	<p>Convierta sus preguntas cualitativas en una guía para entrevistas. Esta se podrá utilizar como la herramienta para recopilar datos para sus entrevistas semiestructuradas. Las preguntas o temas proporcionarán una estructura para la recopilación de datos, pero el orden o secuencia en que se abordan o la forma como se harán las preguntas durante la ejecución podrían variar con cada entrevista. Cuando elabore su herramienta:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Asegúrese de incluir una sección con la información básica de cada informante (Ej.: en el caso de trabajadores en salud – el organigrama del personal). La información de identificación, como los nombres y los detalles de contacto (si se necesitan) deben guardarse por aparte de las respuestas. → Separe sus preguntas en función de los encuestados previstos (por ejemplo, incluya todas las preguntas para los médicos en una sola herramienta, o todas las preguntas para los HSH en una sola herramienta). → La secuencia de sus preguntas es importante; recuerde que debe empezar con temas generales y luego pasar a las preguntas más delicadas.
<p>Ejecución</p>	<p>Introducción Salude al participante o participantes, presentándose usted y presentando a la organización u organizaciones que llevan a cabo las actividades de MLC. Indique la meta de la entrevista, su duración, las medidas establecidas para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos y qué uso se le dará a la información que se obtenga.</p> <p>Consentimiento informado Establezca claramente el tema y el contexto de la entrevista; recuerde al entrevistado o entrevistados que tienen la opción de negarse a participar o tienen el derecho de negarse a responder ciertas preguntas. Explíquele(s) que el compartir abierta y honestamente será beneficioso para lograr el objetivo final del MLC (mejorar los resultados de salud y calidad de vida). Explique dónde se almacenará esta información y qué medidas de privacidad y seguridad existen (por ejemplo, si se almacena en un ordenador con una contraseña de alta seguridad, y el número de personas que tendrán acceso a los datos). Obtenga el consentimiento de los participantes antes de proceder a la entrevista. Si grabará la entrevista, asegúrese de explicar el proceso y obtener el consentimiento de los entrevistados antes de comenzar la grabación.</p>

Ejecución (continuado)

Durante la entrevista

Tenga cuidado de no ejercer influencia sobre el informante. Si el tema de la pregunta ya se abordó en las respuestas anteriores, en vez de hacer la pregunta, resuma las respuestas y pregúntele al entrevistado si desea compartir alguna reflexión adicional. Permita que haya silencios y pausas mientras el informante reflexiona. No proceda rápidamente a la siguiente pregunta hasta que haya obtenido la información que necesita; utilice indicaciones de seguimiento para complementar las respuestas demasiado breves o incompletas.

En entrevistas grupales

Anime a todos los participantes a compartir sus ideas y esté atento a los líderes de opinión que puedan dominar la discusión. Para equilibrar la participación, puede que sea necesario dirigirse a los que no han compartido y animarlos a que lo hagan.

Conclusión

Resuma la discusión para cerciorarse de que todos los temas se han abordado. Agradezca al informante o informantes por su tiempo y la información que proporcionaron. Podría concluir recordándole(s) la seguridad con la que se gestionará, analizará y usará la información y agradeciéndoles su participación.

Documentos de orientación para M&E e indicadores

Todas las fuentes en esta publicación se consultaron en abril de 2022.

VIH

UNAIDS (2022). HIV Indicator Registry. (Registro de indicadores de VIH).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: <https://indicatorregistry.unaids.org/>

Organización Mundial de la Salud (2020). Consolidation HIV Strategic Information Guidelines (Consolidación de las directrices de información estratégica sobre el VIH).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240000735>

Fondo Mundial de la lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria (2020) HIV Indicator Guidance Sheet (Hoja de orientación sobre los indicadores del VIH).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: https://www.theglobalfund.org/media/5189/me_indicatorguidancesheets-annexa-hiv_sheet_en.xlsx

Tuberculosis

Fondo Mundial de la lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria (2020) Tuberculosis Indicator Guidance Sheet (Hoja de orientación sobre los indicadores de la tuberculosis).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: https://www.theglobalfund.org/media/5192/me_indicatorguidancesheets-annexa-tb_sheet_en.xlsx

Public Health England (2022) TB Strategy Monitoring Indicators (Indicadores de monitoreo de la estrategia contra la TB).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/tb-monitoring/data#page/1>

One Impact (2021) Monitoring and Evaluation Plan (Plan de monitoreo y evaluación).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/M&E/M&E/STP%20CLM%20OneImpact%20M&E%20Plan.pdf>

TB Data Impact Assessment and Communications Hub (2021). Navigating Tuberculosis Indicators. A Guide for TB Programs (Cómo desplazarse por los indicadores de la tuberculosis. Una guía para los programas de TB).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: https://www.tbdiah.org/wp-content/uploads/2021/10/Navigating-TB-Indicators-A-Guide-for-TB-Programs-MS-21-197-TB_508_Final.pdf

Malaria

Fondo Mundial de la lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria (2020) Malaria Indicator Guidance Sheet (Hoja de orientación sobre los indicadores de la malaria).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: https://www.theglobalfund.org/media/5195/me_indicatoreguidancesheets-annexa-malaria_sheet_en.xlsx

MEASURE Evaluation. (2020). Surveillance, Monitoring, and Evaluation of Malaria Programs: Online Course (Vigilancia, seguimiento y evaluación de los programas de malaria: Curso en línea).

DISPONIBLE EN LÍNEA EN: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-20-184.html>

Organización Mundial de la Salud (2018) Malaria Surveillance, Monitoring & Evaluation: a Reference Manual (Vigilancia, seguimiento y evaluación de la malaria: manual de referencia). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

DISPONIBLE EN LÍNEA EN:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272284/9789241565578-eng.pdf>



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)

Sobre ITPC

La Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC por sus siglas en inglés) es una red mundial de personas que viven con VIH y de activistas comunitarios que trabajan para lograr el acceso universal al tratamiento óptimo de VIH para quienes lo necesitan. Establecida en 2003, ITPC aboga activamente por el acceso al tratamiento en todo el mundo, mediante el enfoque en tres pilares estratégicos:

- **Desarrollar comunidades resilientes (#TreatPeopleRight)**
- **Propiedad intelectual y acceso a las medicinas (#MakeMedicinesAffordable)**
- **Monitoreo y rendición de cuentas (#WatchWhatMatters)**

Sobre Watch What Matters

Watch What Matters es una iniciativa comunitaria para el monitoreo y la investigación que recopila datos sobre el acceso y la calidad del tratamiento a nivel mundial. Cumple con uno de los objetivos estratégicos fundamentales de ITPC: cerciorarse de que los que ejercen el poder rindan cuentas a las comunidades a las que sirven.

Watch What Matters tiene como objetivo racionalizar y estandarizar los datos de acceso al tratamiento recopilados por las comunidades, con el fin de garantizar que los datos dejen de recopilarse de forma fragmentada y que estos reflejen los problemas y las cuestiones más importantes para las personas que viven con VIH o que se ven afectadas por el virus. Se basa en un modelo único que empodera a las comunidades para que recopilen y analicen de forma sistemática y rutinaria datos cualitativos y cuantitativos sobre las barreras al acceso y las deficiencias en la calidad de la atención y el tratamiento, y utiliza dichos datos para orientar los esfuerzos de abogacía y promover la rendición de cuentas.

Si desea saber más sobre Watch What Matters y nuestro trabajo liderado por la comunidad, visite el sitio: www.WatchWhatMatters.org o envíenos un mensaje al correo electrónico admin@itpcglobal.org.

Agradecimientos

ITPC desea agradecer y reconocer a quienes han apoyado nuestro trabajo en esta área crucial del monitoreo liderado por la comunidad, entre los que se incluyen:

Nuestros socios comunitarios nacionales para el MLC, así como nuestros socios regionales y mundiales en el Community Data for Change Consortium (CD4C) que son: **African Men for Sexual Health and Rights (AmSHEr), Asia Pacific Coalition for Men's Sexual Health (APCOM), Caribbean Vulnerable Communities (CVC), CS4ME (Civil Society for Malaria Elimination), Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender, and Sexual Diversity (ECOM), Global Coalition of TB Activists (GCTA), ITPC EECA , ITPC West Africa y MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights.**

AUTORA PRINCIPAL: Martine Chase

CONTRIBUYENTES: Sam Avrett, Solange Baptiste, Gerard Best, Raine Cortes, Larissa Donald, Helen Etya'ale, Wame Jallow, Krista Lauer, Keith Mienies, Gemma Oberth, Susan Perez, Nadia Rafif, and Tracy Swan

DISEÑO E ILUSTRACIONES POR: Trevor Messersmith, 80east Design



**Para traducciones al inglés, francés y ruso
de esta guía, visite
itpcglobal.org**

