

Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS
sobre Vigilancia Mundial del VIH/sida e ITS

Valoración previa a la vigilancia

Guía para la planificación de la serovigilancia
de la infección por el VIH,
prevalencia de las infecciones de transmisión sexual
y los componentes conductuales de la vigilancia
de segunda generación de la infección por el VIH

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Valoración previa a la vigilancia: Guía para la planificación de la serovigilancia de la infección por el VIH, prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y los componentes conductuales de la vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH”.

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33278-8

I. Título

1. INFECCIONES POR EL VIH – epidemiología
2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA – normas
3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL – epidemiología
4. ESTUDIOS SEROEPIDEMIOLÓGICOS
5. MANUALES Y GUÍAS PARA LA GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

NLM WC 503.41

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH/SIDA, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2009

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud. Más información: <http://www.paho.org>

Valoración previa a la vigilancia

Guía para la planificación
de la serovigilancia
de la infección por el VIH, prevalencia de
las infecciones de transmisión sexual
y los componentes conductuales
de la vigilancia de segunda generación
de la infección por el VIH

Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS
sobre Vigilancia Mundial del VIH/sida
y las Infecciones de Transmisión Sexual

ÍNDICE

Prefacio	3
Introducción	4
El ciclo de la vigilancia	6
Planificación de la vigilancia	9
Paso 1: Identificación de un organismo coordinador	11
Paso 2: Valoración de las necesidades y deficiencias en materia de datos y lograr un acuerdo sobre el propósito de la vigilancia	13
Paso 3: Determinación de criterios para la selección de subpoblaciones que deben someterse a vigilancia y áreas de cobertura geográfica	22
Paso 4: Valoración sobre el terreno	32
Paso 5: Finalizar la selección de las subpoblaciones y la cobertura geográfica	37
Anexo 1. Recomendaciones para realizar la valoración sobre el terreno	43
Bibliografía	47

PREFACIO

La vigilancia a escala mundial de la infección por el VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye un esfuerzo común de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) junto con otras instituciones y otros socios internacionales. Esta guía forma parte de una serie de recursos técnicos en materia de vigilancia de segunda generación que comenzó con las Guías para la vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH publicadas por el ONUSIDA y la OMS en el año 2000, y pretende abordar temas técnicos específicos relacionados con la consolidación de los sistemas de vigilancia.

La OMS y el ONUSIDA quieren expresar su agradecimiento a las numerosas organizaciones y personas que realizaron aportes y brindaron recursos para esta publicación, incluido el Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS sobre Vigilancia Mundial del VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual, y en particular a Jesús M. García Calleja y Cyril Pervilhac por sus valiosas contribuciones, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, al Ministerio de Salud de Malawi, y a Neelamanie Punchihewa, Zelee Hill y Nigoon Jitthai. Esta publicación se desarrolló teniendo en cuenta las numerosas enseñanzas relacionadas con el diseño y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia que fueron obtenidas a lo largo de varios años por los socios nacionales e internacionales que intervienen en la vigilancia. A todos ellos les agradecemos que hayan documentado y compartido sus experiencias.

Queremos expresar nuestra especial gratitud a Tobi Saidel y Sara Hersey, de Family Health International, por conceptualizar y redactar esta guía.

La publicación fue posible gracias a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y al Proyecto de Vigilancia de Segunda Generación del VIH/sida financiado por la Comisión Europea y OMS/ONUSIDA

INTRODUCCIÓN

¿Por qué realizar esta publicación?

Tomar medidas eficaces de salud pública a fin de prevenir y controlar la infección por el VIH exige conocer de manera integral y exacta cómo se transmite el virus. Para conocer la dinámica de la epidemia y responder adecuadamente a la misma es necesario contar con información generada a partir de la obtención sistemática y continua de datos conductuales y biológicos llevada a cabo por los sistemas nacionales de vigilancia de la infección por el VIH. Sin embargo, no siempre resulta obvio identificar que datos se necesitan, en que subpoblaciones y en que zonas geográficas en un país determinado.

Esta publicación muestra una perspectiva general de la valoración previa a la vigilancia concebida para abordar las cuestiones necesarias para planificar la vigilancia teniendo en cuenta las variaciones locales y la naturaleza constantemente cambiante de las epidemias de infección por el VIH. La publicación se centra en las encuestas serológicas periódicas del VIH, las encuestas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las encuestas conductuales. No considera otros elementos de la vigilancia de segunda generación de la infección del VIH como la notificación de los casos de infección por el VIH y de sida, las estadísticas de rutina de los servicios (por ejemplo, estadísticas de los centros para la consejería y la realización voluntaria de pruebas y para la prevención de la transmisión materno-infantil) ni los datos sobre mortalidad. Es preciso realizar una valoración previa a la vigilancia para las rondas iniciales y posteriores de la vigilancia de la infección por el VIH y así lograr que se identifiquen y traten las necesidades y deficiencias en materia de datos. Todos deben conocer claramente la finalidad del sistema de vigilancia para ayudar a conseguir que sus resultados alcancen las expectativas de aquellos que intervienen en su implementación.

Clasificación de ONUSIDA/OMS

Muchos países, cada vez más en los últimos años, han instituido la vigilancia conductual y biológica de la infección por el VIH. En algunos entornos epidémicos la vigilancia se ha dirigido a la población general mientras que en otros se ha orientado más hacia subpoblaciones que se considera que están expuestas a mayor riesgo o que son más vulnerables a padecer la infección por el VIH. Las guías sobre la vigilancia de segunda generación elaboradas por el Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS sobre Vigilancia Mundial del VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual en el 2000 (1) han contribuido a estimular este proceso. Esas directrices plantean un marco que incluye la clasificación de las epidemias según el tipo (de bajo nivel, concentradas y generalizadas) y luego selecciona las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia conforme a estos tipos. También se dispone de otros recursos que brindan orientación: inicio de la vigilancia de segunda generación (2), implementación de la vigilancia en mujeres embarazadas (3), uso de los datos de la vigilancia (4) y estimación del tamaño de los grupos de población con conductas de alto riesgo (subpoblaciones vulnerables) (5).

“Observar antes de entrar en acción”

Este sistema de clasificación tiene algunas limitaciones a la hora de definir la diversidad de las epidemias de infección por el VIH pero ha contribuido a motivar a los países para que recolecten datos de vigilancia más exhaustivamente. La experiencia también ha demostrado que la estrategia de “observar antes de entrar en acción” es un paso fundamental en la correcta planificación de las actividades de vigilancia en el contexto de la vigilancia nacional. Se tienen

que considerar cuidadosamente las subpoblaciones que deben ser incluidas en los sistemas de vigilancia y, asimismo, hay que evitar las suposiciones acerca de quién corre riesgo y quién no. Nuestro conocimiento de las subpoblaciones vulnerables no debe basarse en preconceptos o anécdotas acerca de los grupos de alto riesgo sino en una evaluación y una definición cuidadosas que permitan formar una opinión fundamentada acerca de la importancia epidemiológica de diversas subpoblaciones en la exacerbación de la propagación del VIH.

La planificación para la vigilancia es un proceso cíclico

La vigilancia es un proceso que posiblemente deba cambiar a medida que evolucione una epidemia. Algunos países se encuentran en las etapas iniciales de la planificación de la vigilancia mientras que otros cuentan con sistemas establecidos desde hace mucho tiempo. Sin embargo, ningún país tiene una epidemia tan estática que no exija la reconsideración y la adaptación a su naturaleza cambiante. Si bien el objetivo principal de la vigilancia es medir tendencias los sistemas de vigilancia corren el riesgo de paralizarse si ya no están produciendo la información que necesita un país. Por lo tanto, la planificación de la vigilancia debe ser un proceso cíclico en el cual es preciso evaluar de forma continua y regular las necesidades y deficiencias en materia de datos.

La vigilancia debe concebirse como algo más que una serie de encuestas conductuales y estudios biológicos repetidos; se tiene que considerar como un sistema para vigilar las tendencias en la prevalencia de la infección por el VIH y las conductas de riesgo a través del tiempo en subpoblaciones que influyen en la diseminación de la infección por el VIH y, además, de la morbilidad y la mortalidad por el VIH.

El propósito general de la determinación de seroprevalencia, ITS y componentes conductuales de la vigilancia de la infección por el VIH debería ser suministrar información acerca de la epidemia actual y el potencial de diseminación así como también generar evidencia para establecer prioridades entre las intervenciones y evaluar su repercusión total.

EL CICLO DE LA VIGILANCIA

Parte 1: Proceso previo a la vigilancia

¿En qué consiste el proceso previo a la vigilancia y por qué es necesario?

La vigilancia nacional de la infección por el VIH es un proceso cíclico (Fig. 1) que siempre debe incluir un componente de planificación que involucre a los principales socios en relación a la vigilancia antes de cada ronda de vigilancia (2). Idealmente el proceso debería contar con los pasos que se describen a continuación. Puede ocurrir que no todos estos pasos se desarrollen en el orden que aquí se indica y, además, es posible que en muchos países no se lleven a cabo de manera coordinada. Sin embargo, tener en cuenta estos pasos puede ayudar a los países a lograr una cobertura más completa y de una forma más integral.

Cada uno de los pasos del proceso previo a la vigilancia que se describen más abajo se trata más detalladamente en el texto de este módulo. Dado que muchos socios desempeñan diferentes funciones en la planificación y ejecución de la vigilancia resulta importante crear un organismo coordinador (véase más adelante el primer punto).

Fig. 1: El ciclo de vigilancia de la infección por el VIH



En los países donde los sistemas de vigilancia no controlan a subpoblaciones pertinentes y apropiadamente definidas se corre el riesgo de no detectar epidemias emergentes a tiempo como para hacer algo al respecto. Asimismo, los países con epidemias avanzadas se someten al riesgo de no mejorar si no logran evaluar de manera realista la fuente de nuevas infecciones y así adoptar medidas para orientar las actividades de intervención hacia donde se produzcan los mayores cambios. Por consiguiente, vale la pena dedicar el tiempo y el esfuerzo que sean necesarios durante todo el proceso previo a la vigilancia para realizar una planificación adecuadamente y, así, evitar errores que costarían tiempo, dinero y posiblemente vidas.

Pasos del proceso previo a la vigilancia

- *Identificar un organismo coordinador que tome decisiones.* Este organismo servirá para ayudar al gobierno y a otros socios e interesados directos en relación a la vigilancia para llegar a un acuerdo respecto a la finalidad de la vigilancia y para establecer prioridades en lo que respecta a las necesidades más acuciantes en materia de datos en un entorno en el que, a veces, hay prioridades en competencia. Preferiblemente debería ser convocado por el ministerio de salud o por el programa nacional de control del sida y debería reunirse regularmente.
- *Llegar a un acuerdo respecto a la finalidad de la vigilancia.* La primera tarea del organismo coordinador es ponerse de acuerdo respecto a la finalidad de la vigilancia. En pocas palabras, la vigilancia debería colaborar para saber cómo se está propagando el VIH (identificando la fuente de nuevas infecciones) y cómo cambia el patrón con el transcurso del tiempo. También debería contribuir a establecer prioridades en las intervenciones y a evaluar el esfuerzo nacional para reducir la transmisión del VIH.
- *Establecer criterios para seleccionar las subpoblaciones y las áreas de cobertura geográficas para la vigilancia.* El organismo coordinador será responsable de la selección de las subpoblaciones y las zonas geográficas que deben incluirse en el sistema de vigilancia. Las subpoblaciones y las áreas geográficas deben seleccionarse cuidadosamente conforme a un conjunto de criterios establecidos que se basan en el conocimiento sólido de la dinámica de la epidemia en el país y de las correspondientes necesidades en materia de datos.
- *Recopilar información para 1) decidir qué subpoblaciones y áreas geográficas deben incluirse en la vigilancia y 2) orientar la implementación de las encuestas.*

Evaluación del conocimiento actual acerca de la epidemia o de las subepidemias nacionales. Este paso incluye la revisión de los datos existentes y de la información acerca de las tendencias del VIH y las ITS y de las conductas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH a fin de identificar posibles “puntos calientes” o subpoblaciones en riesgo o vulnerables (incluidos los jóvenes). Los “puntos calientes” son áreas geográficas en las que el porcentaje de personas infectadas por el VIH o de personas con comportamientos de alto riesgo es superior a la media. Entre las fuentes de información se encuentran las publicaciones y los artículos inéditos, los medios de comunicación y las personas con conocimiento de la situación de la epidemia a nivel local.

Valoración previa a la vigilancia mediante métodos de evaluación cualitativos. Este paso incluye el trabajo sobre el terreno para identificar y verificar más ampliamente los “puntos calientes” geográficos y para recopilar información que ayude a 1) definir claramente qué subpoblaciones deben incluirse en la vigilancia y 2) orientar el trabajo de vigilancia sobre el terreno.

Obtención de información sobre las conductas de riesgo y los niveles de infección por el VIH en la población general a través de encuestas de población generales. Además de aportar información importante acerca del riesgo en la población general, estas encuestas también pueden utilizarse para brindar información que contribuya a confirmar que las subpoblaciones supuestamente de alto riesgo corren verdaderamente mayor riesgo que la población general.

- *Finalizar la selección de subpoblaciones y de áreas geográficas. Esta selección debería basarse en los criterios que se hayan establecido y en la información obtenida durante la fase de actividad previa a la vigilancia.*

Parte 2: Conducción de la vigilancia

Idealmente, no se debería empezar a obtener los datos de la vigilancia hasta que se hayan seguido los procedimientos descritos en el proceso previo a la vigilancia. En este módulo no se presentan los procedimientos que deben aplicarse durante la vigilancia pero pueden consultarse en otras fuentes (1-3, 6, 7).

Parte 3: Utilización de datos obtenidos del sistema de vigilancia para dirigir la respuesta

Los datos procedentes de la vigilancia deberían usarse para identificar y dirigir los recursos y las intervenciones y, con el transcurso del tiempo, para evaluar la repercusión de todas las intervenciones en el país. En este módulo no se presentan los procedimientos para usar los datos pero pueden consultarse en otras fuentes (4, 8, 9).

Parte 4: Planificación para la siguiente ronda de la vigilancia

Aunque el término vigilancia se refiere a encuestas transversales repetidas de subpoblaciones comparables a lo largo del tiempo, una parte crítica del ciclo de la vigilancia es revalorar y ajustar el sistema de vigilancia basado en la información generada en rondas anteriores y en la dinámica cambiante de la epidemia. También es fundamental monitorizar la implementación y evaluar la eficacia del sistema de vigilancia propiamente dicho.

PLANIFICACIÓN DE LA VIGILANCIA

Antes de comenzar a obtener datos para la vigilancia es necesario un programa o un protocolo detallado que guíe el proceso de recopilación de datos. La preparación del protocolo resulta mucho más fácil después de haber cumplido los pasos del proceso previo a la vigilancia y, entonces, de esta manera aumenta la probabilidad que el protocolo abarque los objetivos y el propósito del sistema de vigilancia respecto a los cuales se ha llegado a un acuerdo. Otros textos publicados (1-3, 8, 10) describen algunos de los pasos del proceso previo a la vigilancia pero en esta publicación se aportan otros detalles y se refleja la experiencia adicional adquirida en los últimos años de implementación de la vigilancia.

La planificación de la vigilancia es un proceso iterativo y no lineal; la información que se va obteniendo durante el proceso puede alterar las decisiones tomadas anteriormente. No obstante, esto no significa que las decisiones fueran incorrectas; por el contrario, la ronda inicial de vigilancia frecuentemente proporciona el impulso necesario para cambiar el sistema.

Los sistemas de vigilancia pueden mejorarse enormemente a medida que aumenta el conocimiento sobre la dinámica de la epidemia local. Puede ser preciso realizar más de una ronda de vigilancia para ganar la confianza de los socios en materia de vigilancia y para garantizar una buena cooperación y la obtención de datos válidos. En algunos casos, se tienen que hacer múltiples rondas para lograr una idea más clara de las subpoblaciones en riesgo y para saber si estas subpoblaciones tienen, a su vez, más subgrupos con un comportamiento de mayor riesgo. Por ejemplo, en algunos países los datos obtenidos en la vigilancia han mostrado que algunas subcategorías de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres tienen una exposición más frecuente al VIH que otros o, por otra parte, que las subpoblaciones que supuestamente estarían en mayor riesgo resultan finalmente no estarlo (como en el caso de ciertas subpoblaciones itinerantes). Tal descubrimiento puede conducir a una investigación más profunda sobre cuales son las subpoblaciones itinerantes que están verdaderamente en riesgo. No obstante, quizás sea necesario hacer más de una ronda de vigilancia para comprobar la situación. Un sistema de vigilancia que continúe siendo flexible y pueda adaptarse a información que cambia o se actualiza está en mejores condiciones para optimizar la respuesta a la epidemia que uno que se mantenga completamente estático.

Los pasos descritos en el Cuadro 1 constituyen un resumen de los componentes necesarios para planificar los sistemas de vigilancia. Deben darse muchos pasos importantes antes que pueda elaborarse el protocolo de la encuesta. Este proceso puede ser lento y frustrante, sobre todo durante la primera ronda de vigilancia. Sería de buena práctica que los encargados de gestionar el proceso elaboraren planes acordes a la realidad y en función del tiempo y de los recursos que requiere esta fase preparatoria.

Cuadro 1. Pasos en el ciclo de vigilancia: resumen

Paso 1: Identificación de un organismo coordinador

Paso 2: Valoración de las necesidades y deficiencias en materia de datos y lograr un acuerdo sobre la finalidad de la vigilancia

Paso 3: Determinación de criterios para la selección de subpoblaciones y áreas geográficas de cobertura

Paso 4: Valoración sobre el terreno: recopilación de información que ayude a tomar decisiones acerca de las subpoblaciones y las áreas de cobertura geográfica y a orientar la ejecución de encuestas

- Evaluar el conocimiento actual acerca de la epidemia nacional
- Realizar la evaluación sobre el terreno o el mapeo preliminar para recopilar información acerca de los posibles “puntos calientes” y las subpoblaciones en riesgo, lo que implica saber:
 - cómo definir las;
 - cómo y dónde acceder a ellas;
 - si incurren en conductas de riesgo;
 - cuántas personas las componen (tamaño estimado de las subpoblaciones);
 - dónde buscan atención para las ITS.

Paso 5: Llegar a un consenso respecto a las subpoblaciones y la cobertura geográfica

- Desarrollar definiciones operativas y criterios de inclusión claros

Paso 6: Conducir la vigilancia (encuesta principal)

- Crear un diseño del muestreo
 - Ultime el protocolo de la encuesta
 - Crear un marco de muestreo (como primer paso de ejecución de la encuesta)
 - Preparar el trabajo sobre el terreno
 - Recolectar los datos
 - Analizar los datos

Paso 7: Utilizar los datos para dirigir la respuesta

Paso 8: Valorar las necesidades y las deficiencias en materia de datos

Paso 9: Realizar una evaluación del sistema y planificar la próxima ronda de vigilancia

- Cómo se definirá una subpoblación que debe someterse a vigilancia (criterios para ser considerado miembro del grupo que debe someterse a vigilancia)
- Dónde se accederá a la subpoblación
- Cómo se accederá a la subpoblación
- Determinar si los miembros de la subpoblación darán su consentimiento para participar de la encuesta y en qué condiciones
- Averiguar si existe una subpoblación cuantitativamente suficiente para ser considerada una subpoblación que deba someterse a vigilancia
- Comprobar si la subpoblación realmente tiene conductas de riesgo
- Grado de movilidad de la subpoblación
- Grado de inmigración y emigración de la población y duración de la pertenencia a la subpoblación

PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE UN ORGANISMO COORDINADOR

El propósito del organismo coordinador de la vigilancia es actuar como un comité general y orientar la toma de decisiones para el sistema de vigilancia. El comité coordinador trabaja de manera similar a la junta directiva de una empresa. Es responsable de tomar las decisiones más importantes como definir el propósito de la vigilancia en el país decidiendo qué datos deben recolectarse y asegurando el uso generalizado de los mismos; sin embargo, no necesariamente interviene de manera directa en las actividades que se ejecutan cotidianamente. El comité coordinador comprueba si se ha establecido un sistema de vigilancia que satisfaga las necesidades nacionales en materia de datos, y si dicho sistema recibe el financiamiento adecuado. También facilita la coordinación entre los socios en materia de vigilancia, controla el progreso del proceso de vigilancia y asegura que los resultados y las recomendaciones se difundan para que los mismos puedan servir de guía.

La vigilancia suele ser responsabilidad de una unidad de vigilancia del ministerio de salud o dentro del programa nacional para el control del sida. Muchos países también cuentan con un organismo coordinador bien definido o más flexible que toma decisiones en relación a la vigilancia. En algunos países este grupo se denomina comité asesor o grupo de trabajo sobre vigilancia; mientras tanto, en otros países, un grupo de trabajo sobre el seguimiento y la evaluación, o un comité sobre la vigilancia y la investigación, aborda los temas de vigilancia. En cualquier caso, contar con un comité asesor sobre vigilancia es una manera de asegurarse que la programación de la vigilancia sigue avanzando.

No existe una fórmula uniforme sobre quién debería formar parte del organismo coordinador. Idealmente, la composición de este grupo debería reflejar los diversos organismos nacionales e internacionales cuyos intereses serán atendidos por el sistema de vigilancia. No obstante, muchos países ya cuentan con varios organismos coordinadores de la vigilancia que tienen diferentes responsabilidades. Se debería procurar reunir estos grupos en un comité general a fin de facilitar la toma de decisiones coordinada en materia de vigilancia aunque dicho comité no debería invalidar el funcionamiento de las estructuras que actualmente están trabajando.

El comité debe estar debidamente habilitado, contar con una serie de miembros que incluya a aquellos que estén capacitados para tomar las decisiones finales y proporcionar fondos y recursos humanos, investigadores que puedan asesorar sobre la implementación de las encuestas, responsables de las políticas y otros interesados directos. Preferiblemente el comité coordinador de la vigilancia está liderado por el ministerio de salud o el programa nacional para el control del sida y en dicho comité se tienen que incluir representantes de otros ministerios relevantes como los ministerios de educación y de defensa, organismos de investigación públicos o privados que lleven a cabo la obtención de datos, asesores técnicos de organismos nacionales e internacionales, como el ONUSIDA y la OMS, así como también organizaciones no gubernamentales y patrocinantes clave que estén muy involucrados. Contar en el comité con el consejo de investigación nacional (o un organismo similar) también puede ser útil dado que su conocimiento de otras investigaciones en curso o previstas podrían coordinarse con el sistema de vigilancia y, entonces, se evitaría la obtención de datos por duplicado.

Otros participantes importantes deberían estar incluidos en el proceso de vigilancia, como por ejemplo miembros de las subpoblaciones de las que se obtendrá información y quienes actúan como “filtros” de acceso a estos grupos. En algunos casos estos participantes podrían estar presentes en el comité coordinador de vigilancia, por ejemplo un representante de una organización no gubernamental nacional de trabajadores sexuales o un miembro de

un sindicato de camioneros. Si bien estos participantes son numerosos y suelen agruparse a nivel provincial o de distrito resulta importante incluirlos. Cuando no existen asociaciones fuertes las decisiones tomadas por el grupo coordinador de la vigilancia pueden dar lugar a divisiones y, a veces, esas decisiones pueden ser equivocadas. Por ello es fundamental incluir a los diversos socios en cada paso, desde la planificación hasta la difusión. Se debería considerar lo que sucedería si el comité coordinador decidiera incluir como subpoblación que debe someterse a vigilancia a las trabajadoras sexuales de los prostíbulos sin consultar previamente a una organización no gubernamental local de mujeres que abogue por mejores servicios de salud para las trabajadoras sexuales; si esto no se hiciese, el comité coordinador correría el riesgo de perder el acceso inestimable a esta subpoblación y a la información sobre la misma que proporcionaría la organización no gubernamental. Es posible que la organización no gubernamental no considere que los datos de vigilancia sean una fuente de información que podría ayudar para abogar por más servicios sino que posiblemente piense que la vigilancia es otro ejercicio de investigación infructuoso e invasivo.

La decisión acerca de quiénes deben conformar el comité coordinador estará definida por las necesidades y la experiencia de cada país. No obstante, durante todo el proceso de vigilancia deben participar miembros de las subpoblaciones y otros interesados directos, aunque no estén representados directamente en el grupo coordinador (Cuadro 2).

Cuadro 2. **Ejemplo de las responsabilidades de un comité coordinador de vigilancia**

- Definir el propósito de la vigilancia
- Identificar las necesidades y deficiencias en materia de datos
- Identificar y seleccionar las actividades y encuestas que formarán parte del sistema de vigilancia nacional (incluidas las encuestas *ad hoc* realizadas por diversos patrocinantes)
- Identificar las fuentes de financiamiento
- Defender la importancia de la vigilancia ante los responsables de las políticas y otros interesados directos
- Facilitar la coordinación de actividades entre los socios en materia de vigilancia ya establecidos
- Tomar decisiones finales acerca de la selección de las subpoblaciones y la cobertura geográfica
- Asegurar la calidad del sistema general
- Mantener la memoria institucional de actividades de vigilancia, incluyendo las bases de datos
- Hacer aportes a la interpretación de los datos y las conclusiones a las que se lleguen
- Potenciar al máximo la difusión y el uso de datos
- Asegurar la consideración de los temas éticos
- Proveer aportes técnicos a los protocolos de vigilancia

PASO 2: VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES Y LAS DEFICIENCIAS EN MATERIA DE DATOS Y LOGRAR UN ACUERDO SOBRE EL PROPÓSITO DE LA VIGILANCIA

Si bien llegar a un acuerdo en relación a la finalidad de la vigilancia parece ser un proceso directo, dicha tarea frecuentemente es complicada por la presencia de prioridades enfrentadas y por la falta de claridad respecto a cómo se utilizarán los datos. De manera creciente el propósito de la vigilancia también se complica por cuestiones éticas y por la confusión acerca de la distinción entre las pruebas anónimas no relacionadas al propósito de la vigilancia, por un lado, y la consejería y las pruebas voluntarias para la búsqueda de casos y los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, por el otro (8).

Los múltiples objetivos de la vigilancia

En general, la finalidad de los sistemas de vigilancia de la infección por el VIH es mejorar la respuesta a la epidemia mediante:

- Ayuda para brindar conocimiento sobre cómo se difunde el VIH, incluyendo la fuente de nuevas infecciones y cómo ésta cambia con el transcurso del tiempo;
- Ayuda para establecer prioridades respecto a las necesidades para realizar intervenciones en términos de subpoblaciones vulnerables y zonas geográficas;
- Aporte de información para abogar por recursos e intervenciones;
- Aporte de datos para controlar y evaluar el impacto de la respuesta nacional de prevención y atención; y
- Control de las ITS que pueden servir como un sistema de alerta anticipada.

Sin embargo, la finalidad general de la vigilancia sigue siendo la misma, independientemente del estado epidémico específico: mejorar la respuesta a la epidemia.

Estos objetivos pueden abordarse de muchas maneras. Dependiendo del marco epidémico o de quién esté apoyando y ejecutando la vigilancia a ciertos objetivos se les asigna mayor prioridad que a otros. Por ejemplo, en las epidemias de bajo nivel la vigilancia tiende a ser sumamente útil para arrojar luz sobre la posibilidad que surja una epidemia. En las epidemias concentradas la función predominante de la vigilancia tiende a ser orientar las medidas de intervención centradas en las subpoblaciones con mayor riesgo de ser infectadas por el VIH y predecir la posible evolución futura de la epidemia a fin de dirigir mejor los esfuerzos de prevención. En los entornos de alta prevalencia se tiende a hacer más hincapié en el uso de la vigilancia para evaluar el éxito de la respuesta y para planificar la atención y el apoyo.

¿Quién toma las decisiones acerca del diseño del sistema de vigilancia y qué elementos intervienen en el proceso de toma de decisiones?

Estas son algunas de las decisiones fundamentales que deben tomarse durante la fase de diseño inicial:

- qué se mide: qué indicadores conductuales y biológicos deben usarse;
- a quién se mide: qué subpoblaciones se incluyen y cómo se definen las mismas;
- dónde se mide: qué áreas de cobertura geográfica se incluyen;
- con qué frecuencia se mide: frecuencia de la recolección de datos;
- cómo se mide;
- factibilidad;
- costos del sistema; y
- cómo deberían obtenerse los datos.

Las respuestas a estas cuestiones deberían relacionarse directamente con el propósito de la vigilancia y con la forma en que se usarán los datos. La planificación cuidadosa puede ser de ayuda para eliminar situaciones en las que el diseño de la vigilancia responda a algunas necesidades y no a otras.

Por ejemplo, los datos que se obtengan a escala nacional pueden responder a la necesidad de evaluar el impacto del programa nacional y, quizás, reportar indicadores a escala mundial. No obstante, es posible que estos datos no respondan a la necesidad de conocer las diferencias en cuanto a cómo está avanzando la epidemia o cómo están funcionando las intervenciones en diferentes zonas geográficas de un país. Este problema puede abordarse tratando las diversas zonas geográficas de un país como estratos diferentes respecto a los cuales pueden realizarse determinaciones separadas con la precisión adecuada. Luego, si se desea, pueden agruparse los resultados de diferentes estratos para proporcionar indicadores descriptivos generales. Estos indicadores descriptivos pueden ser nacionalmente representativos o no, dependiendo de cómo se haya hecho el muestreo. En cualquier caso, es preciso realizar una reflexión previa y una planificación cuidadosa en la fase de diseño.

Existen muchos conflictos de intereses potenciales al concebir los sistemas de vigilancia, y esto se debe en parte, a que hay muchos participantes directos diferentes. A continuación se presentan algunos ejemplos.

- Es posible que un programa nacional requiera datos a nivel nacional para evaluar el impacto de su programa, pero una cifra general a escala nacional puede ocultar lo que está sucediendo en diferentes regiones del país.
- Los encargados de ejecutar un programa a gran escala pueden requerir datos para evaluar la repercusión de dicho programa. Pero la provisión de recursos de vigilancia exclusivamente en las regiones o subpoblaciones en las que se están realizando programas a gran escala puede dejar a un país con grandes deficiencias en relación a los datos. Por ejemplo, es posible que el país no consiga reunir datos en zonas vulnerables donde no se están aplicando programas y, entonces, esto puede conducir a situaciones en las que se detecten nuevas subepidemias demasiado tarde.
- Los gobiernos pueden querer detectar quién está infectado por el VIH y, por consiguiente, solo someten a pruebas a quienes presenten síntomas de infección por el VIH o a aquellos que tengan un presunto comportamiento de alto riesgo (como las personas que padecen ITS) dejando así al país sin ninguna determinación objetiva de la prevalencia en subpoblaciones con diferentes niveles de riesgo.
- Es posible que los investigadores quieran determinar los factores de riesgo que se asocian con la transmisión del VIH en diferentes entornos o medir la eficacia de intervenciones específicas de manera que puedan promover o apoyar sistemas de vigilancia diseñados principalmente para alcanzar esos objetivos.
- Las organizaciones no gubernamentales o los organismos de ejecución pueden querer que los datos de la vigilancia sirvan para abogar o presionar a favor de la programación en las subpoblaciones con las que ellos trabajan.

Cualquiera de estas situaciones puede dejar a un país con grandes deficiencias en materia de datos si, por error, se da prioridad a algunas necesidades sobre otras. Por ende, contar con un organismo coordinador —como el comité consultor sobre vigilancia descripto en la

sección precedente— es útil para garantizar que el diseño del sistema de vigilancia satisfaga las necesidades de datos del país y, simultáneamente, las necesidades de los diferentes socios e interesados directos en materia de vigilancia.

¿Qué tipo de vigilancia alcanzará los múltiples objetivos descritos anteriormente?

¿Qué componentes de la vigilancia deben incluirse?

Alcanzar los objetivos descritos anteriormente requiere contar con datos de vigilancia y analizarlos de manera que:

- mejore el conocimiento de la dinámica de la epidemia, incluyendo los vínculos conductuales entre subepidemias o subpoblaciones y la forma en que contribuyen a la potencial difusión de la epidemia;
- se obtenga información pertinente a nivel local sobre la fuente de nuevas infecciones a lo largo del tiempo;
- se pueda evaluar el impacto de los programas de prevención al conocer como los programas influyen sobre los cambios en el comportamiento a través del tiempo y cómo los cambios en el comportamiento afectan la transmisión del VIH y las ITS a lo largo del tiempo; y
- mejore la respuesta al centrar las intervenciones de modo que prevengán las infecciones más nuevas.

Para ello, se necesitan datos sobre tendencias referentes a:

- la prevalencia de la infección por el VIH en subpoblaciones en riesgo de contraer o transmitir el virus, incluida la población general;
- la magnitud de las ITS que potencian la transmisión del VIH o son “marcadoras” de conductas de alto riesgo en la población general y en los grupos vulnerables; y
- las conductas que exponen a las personas al VIH, incluyendo las conexiones entre subpoblaciones con diferentes niveles de riesgo (como la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con trabajadores sexuales y con su pareja sexual habitual, la proporción de hombres y mujeres que mantienen relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales, la proporción de hombres mayores que tienen relaciones sexuales con mujeres jóvenes, la proporción de consumidores de drogas inyectables que mantienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales o la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que también tienen relaciones sexuales con mujeres).

Los sistemas de vigilancia para recopilar estos tipos de datos frecuentemente se denominan 1) sistemas de vigilancia de la infección del VIH, 2) sistemas de vigilancia de las ITS y 3) sistemas de vigilancia de conductas. Si bien existen muchas otras fuentes importantes de datos estas tres constituyen el centro de atención de las guías actuales y resultan clave para aportar información para los programas de prevención. Los sistemas adicionales que reúnen información sobre la morbilidad y la mortalidad (como la notificación de casos de sida, el registro civil y los datos de la mortalidad) proporcionarán información adicional para los programas de atención y apoyo.

Se necesitan estos tres tipos de información tanto en lo que respecta a la población general como a subpoblaciones definidas con diferentes niveles de conductas de riesgo. Pueden obtenerse de los mismos individuos y en el mismo momento o de subpoblaciones similares en diferentes momentos. La recopilación de estos tres tipos de datos a través del tiempo entre subpoblaciones definidas en zonas geográficas definidas brinda gran parte de la información necesaria para abordar los cuatro objetivos de vigilancia descritos anteriormente.

¿Qué puede lograr la vigilancia?

Proporcionar conocimientos sobre la propagación del VIH

En entornos de baja prevalencia, determinar la manera en que probablemente se propagará la epidemia y afectará a diferentes segmentos de la población requiere conocer cómo evolucionan las tendencias de la infección por el VIH en grupos vulnerables a lo largo del tiempo, y cómo interactúan estos grupos entre sí y con subpoblaciones con un nivel menor de conductas de riesgo. La prevalencia de las ITS, que actúan como cofactores de la transmisión, también debe conocerse. Puede usarse esta información para proyectar de qué manera los cambios de comportamiento o las ITS afectarán a la epidemia general. Es más importante aún que la información muestre las fuentes del mayor número de nuevas infecciones (en términos de subpoblaciones y zonas geográficas) y cómo éstas cambian a medida que pasa el tiempo. Esta información, que puede estar disponible mediante el análisis integrado de los datos de vigilancia, es una herramienta potente para responder a la epidemia (9). Los sistemas de vigilancia también aportan con frecuencia información importante para estimar el número de personas que viven con VIH/sida así como el tamaño de grupos vulnerables en un país, haciendo proyecciones respecto a donde puede estar avanzando la epidemia e identificando los grupos de población que pueden estar en riesgo elevado de transmisión del VIH.

Aunque este paradigma puede parecer sumamente relevante en el caso de las epidemias de bajo nivel y concentradas nadie tiene el mismo riesgo de infección, incluso en los entornos de mayor prevalencia. Más aún, aunque el seguimiento de los cambios en el VIH y las conductas de riesgo en la población general sea de enorme importancia la identificación de diferentes modelos de comportamiento de riesgo en diferentes subconjuntos de la población sigue siendo importante para poder reconocer la fuente de nuevas infecciones y se pueda responder apropiadamente a las mismas. Además, la vigilancia puede suministrar información acerca de la diseminación a nivel geográfico en diferentes zonas del país y acerca de la situación urbana en comparación con la rural.

Establecer prioridades entre las intervenciones

Si se conoce dónde y entre quiénes se está propagando el VIH y cómo está cambiando esto con el tiempo entonces podrán establecerse las prioridades en relación a la respuesta. Cuando se conoce la prevalencia de ITS específicas, incluidas las enfermedades ulcerativas, la prioridad puede estar dirigida hacia las medidas para controlar estos cofactores de la transmisión y adquisición del VIH.

Aportar información para la promoción

Demostrar que es probable que el número de infecciones por el VIH aumente con el tiempo, especialmente si no se hace nada al respecto, proporciona argumentos a favor de una respuesta más agresiva. De igual modo, demostrar que una respuesta agresiva hace que disminuya el número de nuevas infecciones por el VIH permite abogar por la aplicación de medidas preventivas en forma continua.

Contribuir al monitoreo y a la evaluación del impacto del programa

Las tendencias prevalentes conductuales y biológicas se relacionan entre sí a lo largo del tiempo dado que los cambios en el comportamiento conllevan, en último término, cambios en la tasa de transmisión de nuevas infecciones. Si los datos conductuales y biológicos se obtienen de las mismas subpoblaciones (u otras similares) a través del tiempo, y si puede documentarse una respuesta de intervención contundente y efectiva en estas subpoblaciones con cobertura suficientemente alta para que cambie la situación, entonces pueden presentarse

evidencias verosímiles que el cambio de conducta con el tiempo ha conllevado los cambios observados en la prevalencia de las ITS y de la infección por el VIH. De esta forma, pueden usarse los datos de la vigilancia para evaluar la repercusión de los programas nacionales. Sin embargo, hay que tener cuidado cuando se interpreten los resultados; tanto el comportamiento como la prevalencia de ITS tardan algún tiempo en mostrar tendencias de cambio, y los cambios en la prevalencia de la infección por el VIH tardan aún más en observarse.

¿Qué no puede lograr la vigilancia?

No puede establecer la causa de la transmisión del VIH

La finalidad de la vigilancia no es determinar la causa de la infección por el VIH, que ya se ha demostrado en numerosos estudios. Lo que se necesita de los datos de vigilancia es que aporten información sobre los niveles de infección por el VIH, los niveles de conductas de alto riesgo que expone a las personas a la transmisión del VIH y los niveles de ITS a lo largo del tiempo en personas con un riesgo identificable de infección por el VIH, incluida la población general, especialmente en entornos de alta prevalencia. También se necesita información sobre los vínculos conductuales entre subgrupos de la población con niveles altos y bajos de conductas de riesgo para evaluar el potencial de propagación del VIH. Si esta información está disponible pueden abordarse los objetivos de la vigilancia aunque los datos conductuales y biológicos no se obtengan de los mismos individuos al mismo tiempo.

No puede correlacionar los indicadores biológicos y conductuales al mismo tiempo

A menudo se espera que los datos de vigilancia puedan vincular los indicadores conductuales y biológicos. Pueden hacerlo si estos indicadores se analizan en relación con otros a lo largo del tiempo. Sin embargo, establecer el vínculo entre el comportamiento y el estado con respecto a la infección por el VIH o las ITS resulta más difícil cuando ambas determinaciones (conductuales y biológicas) se realizan en el mismo momento en los mismos individuos. Esto es debido a la larga duración de la infección por el VIH (así como de algunas otras ITS) y al hecho de que la conducta de una persona puede cambiar significativamente durante el transcurso de su infección. El comportamiento reciente de un individuo no predice necesariamente su estado respecto a la infección por el VIH o, incluso, respecto a las ITS. Asimismo, en cuanto a las ITS tratables el estado de infección actual no necesariamente representa la incidencia de la infección (es decir, la probabilidad que la persona haya presentado una ITS durante el período correspondiente al momento en que se evaluó la conducta de riesgo). Por lo tanto, no puede relacionarse el comportamiento reciente de una persona con su estado actual respecto a la ITS. Igualmente, los datos vinculados tienen un valor limitado como método infalible para validar comportamientos de bajo riesgo notificados.

¿Deberían obtenerse los indicadores conductuales y biológicos de los mismos individuos y al mismo tiempo?

Existen ciertas ventajas cuando se recolectan simultáneamente los datos conductuales y biológicos. Aparte de que realizar solamente una encuesta es más conveniente que hacer múltiples encuestas, la vigilancia conductual y biológica combinada puede permitir: 1) la identificación de correlatos de la infección por el VIH y 2) la obtención de representantes de la incidencia mediante la determinación de la prevalencia en personas que han pasado recientemente a formar parte de la subpoblación vulnerable (como las personas de 15-24 años que han comenzado su actividad sexual hace relativamente poco tiempo, los trabajadores sexuales o los recientes consumidores de drogas inyectables). Los últimos adelantos tecnológicos han provocado que la medición directa de la incidencia de la infección por el VIH en las muestras de sangre resulte cada vez más posible.

Estos son los factores que hacen que las relaciones entre los factores conductuales y biológicos sean difíciles de interpretar en los estudios transversales. Aún cuando se disponga de datos sobre las tendencias a lo largo del tiempo estos deben interpretarse cautelosamente dado que los grupos de alto riesgo de infección por el VIH muestran una gran movilidad, haciendo que la inmigración y la emigración sean factores importantes que influyen sobre las tendencias conductuales o biológicas.

¿Cómo puede determinarse cuándo y qué tipo de datos obtener?

Recomendaciones de ONUSIDA/OMS para la vigilancia en diferentes entornos epidémicos

En el año 2000, el ONUSIDA y la OMS (1) elaboraron un marco de trabajo para la vigilancia en las epidemias concentradas y generalizadas de bajo nivel y lo actualizaron en publicaciones posteriores (3). En la Tabla 1 se enumeran las recomendaciones para una vigilancia básica, pero las guías son muy flexibles en cuanto a la realización de los estudios adicionales de vigilancia en los países que disponen de más recursos.

Tabla 1: Recomendaciones para una vigilancia básica en diferentes entornos epidémicos

	Vigilancia de la infección por el VIH	Vigilancia de las ITS	Vigilancia de las conductas
Bajo nivel	• Serovigilancia del VIH en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo • Análisis de los datos disponibles sobre el tamizaje de los donantes de sangre	• Análisis de los datos disponibles de vigilancia de las ITS	• Encuestas sobre las conductas de riesgo en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo
Concentrada	• Serovigilancia del VIH en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo • Serovigilancia anual del VIH en embarazadas en un número limitado de zonas urbanas y en subpoblaciones paralelas • Análisis de los datos disponibles sobre el tamizaje de donantes de sangre	• Análisis de los datos de las ITS en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo y en subpoblaciones paralelas	• Encuestas repetidas en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo, en subpoblaciones paralelas y en la población general en zonas urbanas y de alta exposición
Generalizada	• Serovigilancia anual del VIH en las embarazadas en zonas urbanas y rurales • Aumento del tamaño de la muestra en sitios de alto volumen de personas para permitir el análisis por grupos de edad	• Análisis de los datos de la vigilancia de las ITS en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo respecto a la infección por el VIH • Análisis de los datos de la vigilancia de las ITS en la población general	• Encuestas conductuales repetidas en los grupos que se considera que adoptan conductas de alto riesgo respecto a la infección por el VIH • Encuestas repetidas de las conductas de riesgo en la población general, haciendo hincapié en los jóvenes

• Para obtener más información sobre los componentes principales y adicionales de la vigilancia, ver: Vigilancia del VIH de segunda generación. La próxima década (1) y Guías para realizar las encuestas serológicas centinela de la infección por el VIH en las embarazadas y en otros grupos (3).

Estas guías han sido extremadamente útiles para ayudar a los países a focalizar sus recursos para la vigilancia. Los países han realizado grandes avances en el cumplimiento de los requisitos para la vigilancia central y muchos han ido superando las recomendaciones mínimas, aunque sigue siendo un desafío el mantenimiento de niveles de calidad consistentes.

Decidir qué datos de vigilancia deben obtenerse, en qué poblaciones y en qué zonas geográficas es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los países en sus sistemas de vigilancia. El fracaso en la toma de elecciones deliberadas y bien planeadas puede tener la desafortunada consecuencia de dejar a los países sin información adecuada para responder en forma efectiva a la epidemia.

Por lo tanto, ¿cuál es la base para decidir qué datos deben obtenerse y cuándo hacerlo? ¿Cómo debería tomarse la decisión de conducir la vigilancia conductual, la vigilancia biológica o ambas? ¿Con qué frecuencia debería realizarse cada una de ellas? No hay reglas que puedan aplicarse de manera rígida. Esto depende de diversos factores relacionados con las subpoblaciones de interés, y no hay dos países que sean similares.

Los factores principales que deben considerarse para seleccionar las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia y para determinar qué datos han de obtenerse son:

- la prevalencia del VIH en la subpoblación que debe someterse a vigilancia;
- los niveles de inmigración y emigración en la subpoblación que debe someterse a vigilancia;
- el grado de exposición al VIH (nivel de conducta de riesgo) en la subpoblación que debe someterse a vigilancia;
- la existencia y la intensidad de intervenciones dirigidas a la subpoblación que debe someterse a vigilancia;
- los recursos disponibles (tanto humanos como económicos) para llevar a cabo las encuestas de vigilancia;
- la búsqueda de atención para las ITS percibidas;
- el estado actual y la factibilidad del tamizaje prenatal de la sífilis; y
- el plan nacional estratégico para combatir el VIH/sida.

VIH y vigilancia conductual

Prevalencia del VIH. En general, cuando la prevalencia del VIH en una población alcanza un nivel alto (20% o más) probablemente se mantenga alta en la mayoría de las poblaciones, incluso cuando se están aplicando intervenciones efectivas. Esto se debe a que una vez que las personas son infectadas por el VIH se mantienen infectadas de por vida y, a menos que se vayan (emigren de la población que se está sometiendo a vigilancia) o mueran, seguirán contribuyendo a la prevalencia de la infección por el VIH en esa población. Por el contrario, en poblaciones con una renovación elevada (como los trabajadores sexuales en la mayoría de los países) los niveles de prevalencia pueden cambiar con mayor rapidez. En términos generales, es útil contar con datos en forma regular (cada 1-2 años). Esto se debe a: a) la necesidad de mantenerse focalizado sobre las poblaciones afectadas por el VIH, b) la posibilidad de obtener datos erróneos en cualquier año dado, c) la movilidad de muchas poblaciones afectadas por el VIH, y d) la necesidad de datos para documentar la evidencia del aumento o descenso de la incidencia del VIH. Cabe señalar que, debido a los múltiples sesgos que pueden afectar a los datos sobre las tendencias de la infección por el VIH, siempre deben interpretarse cuidadosamente. Los patrones cambiantes del sesgo de selección y de la inmigración y emigración de la población son especialmente difíciles de tratar y pueden implicar una seria malinterpretación de las tendencias si el análisis no tiene en cuenta adecuadamente estos factores. Los pasos para protegerse contra esto —como la definición minuciosa del grupo que debe someterse a vigilancia— son sumamente importantes.

En las poblaciones con una baja prevalencia de infección por el VIH y una elevada prevalencia de conductas de riesgo, la vigilancia de la infección por el VIH cada año o cada dos años es especialmente importante dado que la infección por el VIH puede aumentar rápidamente una vez que se introduce en la población.

La vigilancia menos frecuente solo se justifica cuando tanto la prevalencia de la infección por el VIH como la prevalencia de las conductas de riesgo son bajas. Sin embargo, se debería evitar llegar a realizar la vigilancia menos de una vez cada dos años debido al riesgo de que pasen inadvertidos los patrones cambiantes en la población.

Inmigración y emigración. Si existe una considerable entrada y salida (renovación alta) en la población que se está sometiendo a vigilancia es importante, entonces, determinar con mayor frecuencia tanto la infección por el VIH como las conductas de riesgo. En tales situaciones es difícil interpretar las tendencias y esto debería hacerse considerando los patrones de inmigración y emigración. Estas pueden deberse a diversas razones y pueden afectar a las tendencias de la vigilancia de distintas maneras.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de inmigración y emigración que se observan en las trabajadoras sexuales.

- Nuevas mujeres que empiezan a trabajar como trabajadoras sexuales.
- Trabajadoras sexuales que dejan esa actividad.
- Trabajadoras sexuales infectadas por el VIH que están demasiado enfermas para trabajar.
- Trabajadoras sexuales infectadas por el VIH que son retiradas forzosamente de los prostíbulos.
- Trabajadoras sexuales infectadas por el VIH que mueren.
- Trabajadoras sexuales que trabajan en prostíbulos y comienzan a trabajar a través del teléfono móvil o de internet (emigración desde el trabajo en prostíbulos, inmigración al trabajo sexual a través del teléfono móvil).
- Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley realizan una redada o toman medidas enérgicas con las trabajadoras sexuales, muchas de las cuales son detenidas y enviadas a prisión.
- Las trabajadoras sexuales que no desean participar en las encuestas de vigilancia se esconden o se mantienen alejadas cuando se está realizando la vigilancia.
- Las trabajadoras sexuales que son afectadas por las intervenciones participan en la vigilancia cada año en mayor medida (un tipo de inmigración diferente que puede ocurrir especialmente cuando las agencias de implementación están involucradas en la vigilancia).
- Las trabajadoras sexuales se trasladan de una ciudad a otra.
- Estas son solamente algunas de las maneras en las que los patrones de inmigración y emigración pueden afectar a las tendencias conductuales o biológicas referentes a la infección por el VIH por lo que es preciso, entonces, realizar la vigilancia en intervalos regulares de uno a dos años.

Grado de exposición al VIH. Si una población está expuesta al VIH por sus elevados niveles de conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales (incluidos los trabajadores sexuales) y compartir insumos para drogas inyectables, es preciso llevar a cabo la vigilancia conductual con mayor frecuencia. Este requisito debe cumplirse tanto si la prevalencia del VIH es alta como si es baja. De cualquier manera, es necesario reducir las conductas de riesgo para prevenir una potencial epidemia o para reducir una epidemia ya existente. Si se hace la vigilancia sobre una población que tiene un nivel bajo de conductas de riesgo es posible que este grupo no sea en ese momento una prioridad en lo que se refiere a la vigilancia. Sin embargo, la situación debería reevaluarse en

rondas de vigilancia posteriores a fin de no pasar por alto la aparición de nuevos grupos con niveles elevados de comportamientos de riesgo.

Existencia e intensidad de la intervención. Si una población tiene una alta prevalencia de infección por el VIH y/o niveles altos de conductas de riesgo se le debería dar prioridad para la intervención. Si no se realiza ninguna intervención la vigilancia continua se vuelve problemática.

Recursos disponibles. En un sentido muy real, el criterio de los recursos disponibles anula todos los demás porque la cantidad a expensas de la calidad no necesariamente representa una ganancia neta pese a la importancia de una buena cobertura de la vigilancia (un adecuado número de grupos y zonas).

Vigilancia de las ITS

Las encuestas periódicas (cada 2-3 años) de la prevalencia de las ITS, las causas de los síndromes relacionados con las ITS y la susceptibilidad de las ITS bacterianas a los antimicrobianos son importantes debido al rol que las ITS presentan en la transmisión del VIH y la necesidad de asegurar que los síndromes de ITS sintomáticas y asintomáticas estén siendo tratados con antibióticos y antivirales efectivos (como el aciclovir) efectivos cuando sea necesario. Contar con datos sobre las ITS es beneficioso para actuar como una alerta temprana de la exposición potencial al VIH. Las encuestas transversales repetidas de las ITS también pueden ser una herramienta poderosa para vigilar los efectos de los programas contra el VIH y las ITS; esto resulta así dado que pueden demostrar los efectos combinados de los cambios en las conductas de riesgo, los cambios en el comportamiento relacionado con la búsqueda de asistencia sanitaria y la mejor calidad de la atención mientras se adaptan a los patrones cambiantes de la causalidad y a la sensibilidad a los antimicrobianos. La notificación rutinaria de casos (basada en los síndromes o las causas) puede agregar valor a la vigilancia de las ITS y de sus tendencias (7).

Encuestas bioconductuales integradas

Determinar regularmente la infección por el VIH, las ITS y las conductas es algo que puede y debería ser realizado si se dispone de los recursos necesarios. No obstante, si los recursos son escasos puede considerarse una estrategia escalonada de vigilancia en la que los indicadores conductuales (cuya obtención es algo más temprana y menos costosa e invasiva) pueden medirse con mayor frecuencia y los indicadores biológicos de la infección por el VIH y/o las ITS pueden ser determinados de manera más intermitente. Hay que tener en cuenta que las ITS influyen especialmente en poblaciones con baja prevalencia de infección por el VIH. En estas situaciones las ITS pueden acelerar enormemente la propagación del VIH. A medida que aumenta la prevalencia de infección por el VIH la proporción de infecciones por el VIH que son atribuibles a la presencia de una ITS es relativamente menor, especialmente para las ITS bacterianas (curables) (11). En consecuencia, es lógico dar prioridad a la vigilancia de las ITS en entornos con baja prevalencia de infección por el VIH. Sin embargo, si en un estudio básico se ha documentado que los niveles de ITS son bajos (prevalencia de ITS bacterianas, como gonorrea, infección por chlamydia o sífilis menor del 3%) entonces es improbable que sea muy provechosa la repetición de las determinaciones en el futuro porque para registrar algún cambio significativo se requieren muestras muy grandes.

Un caso especial de encuestas bioconductuales integradas son las encuestas nacionales que miden la prevalencia de la infección por el VIH dado que estas encuestas también determinan el comportamiento y algunas incluyen también las ITS. Está recomendado realizar estas encuestas en epidemias generalizadas con altos niveles de prevalencia (13).

PASO 3: DETERMINACIÓN DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES QUE DEBEN SOMETERSE A VIGILANCIA Y DE LAS ÁREAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA

La selección de las subpoblaciones para incluirlas en la vigilancia debería guiarse en gran parte por factores epidemiológicos al igual que las decisiones sobre a quienes debería dirigirse la intervención. En esta sección se discuten las bases epidemiológicas para la selección de subpoblaciones que han sido planteadas en muchos artículos de revistas y guías de trabajo. Esta sección también aborda las influencias externas que deben manejarse, como la presión de los patrocinantes y de los responsables de políticas.

En forma similar a lo que ocurre con los demás pasos del ciclo de vigilancia, la selección de las subpoblaciones no es una actividad que solo se lleve a cabo cuando se ha iniciado por primera vez la vigilancia en un país. Muchos países ya han establecido sistemas de vigilancia. Sin embargo, responder adecuadamente a los cambios en la epidemia o a los nuevos conocimientos respecto a los grupos de riesgo requiere la valoración continua de las deficiencias en los datos y la voluntad de agregar o retirar subpoblaciones que deban someterse a vigilancia según sea necesario. Entre los factores que impulsan estos tipos de cambios pueden incluirse la mayor capacidad del personal encargado de la vigilancia, los cambios en la disponibilidad de recursos, la aparición de nuevas subpoblaciones de riesgo o la información obtenida de una subpoblación que posteriormente no se considera útil.

El monitoreo de los usuarios de los servicios de atención prenatal ha sido la piedra angular de la vigilancia en entornos de epidemias generalizadas. Es conveniente someter a muestreo a este grupo y utilizarlo rutinariamente como una representación de la población general. Sin embargo, no aporta la clase de información completa y exacta que se requiere para conocer los factores que conducen a la propagación del VIH a través del tiempo. A esto se debe, en parte, que en entornos de alta prevalencia pueda ser muy provechoso conducir las encuestas de vigilancia en muestras comunitarias de las subpoblaciones que más probablemente transmitan o sean infectadas por el VIH. Por ejemplo, las trabajadoras sexuales y sus clientes desempeñan un papel importante en la transmisión del VIH en muchos países con epidemias generalizadas. Por el contrario, en países con epidemias de bajo nivel y concentradas, aunque en lo relativo a la vigilancia se otorgue prioridad a las subpoblaciones de alto riesgo, en último término la información sobre estos grupos no representa más que algunas piezas aisladas del rompecabezas general, y la obtención de una imagen integral del potencial de diseminación de la epidemia requiere ampliar el alcance del sistema de vigilancia para incluir a subpoblaciones paralelas y a la población general.

Criterios epidemiológicos para la selección de subpoblaciones

El conocimiento sólido de la dinámica de una epidemia en un país y las correspondientes necesidades en materia de datos debería conducir a la selección de las subpoblaciones que se incluyan en los sistemas de vigilancia nacionales. El propósito fundamental de la vigilancia es proporcionar un continuo conocimiento sobre el curso de las epidemias locales de modo que pueda planificarse y ejecutarse una respuesta apropiada. Cuando la respuesta se desarrolla según lo previsto un importante papel secundario de la vigilancia es hacer un seguimiento del progreso hacia el alcance de las metas del plan. Mientras tanto, si la respuesta es inadecuada los datos de la vigilancia pueden y deberían usarse para resaltar esto.

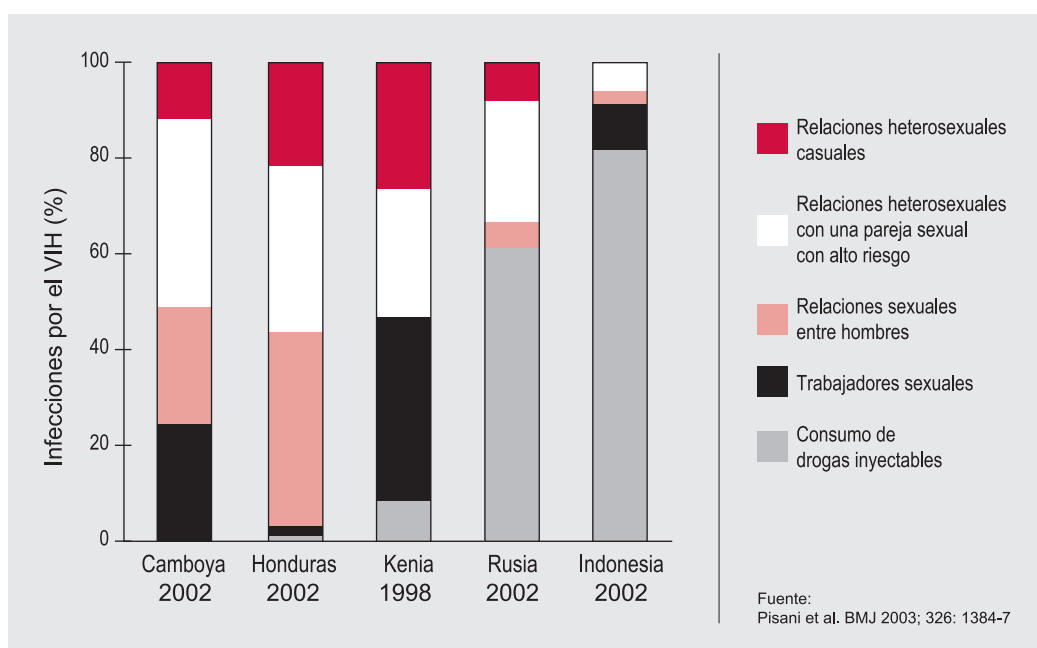
La selección de los grupos debería guiarse por su utilidad para ayudar a alcanzar estos objetivos. Específicamente, deberían elegirse subpoblaciones para proveer información acerca de:

- dónde y entre quiénes se está diseminando la epidemia;
- dónde y entre quiénes existe la posibilidad de una futura propagación según los niveles de ITS o de conductas que expongan a la infección por el VIH; y
- cómo está cambiando el comportamiento en respuesta a las medidas de intervención y los niveles de prevalencia de la infección por el VIH como resultado de los cambios en las conductas y los niveles de ITS.

En los entornos con epidemias de bajo nivel y concentradas estas subpoblaciones pueden incluir a trabajadores sexuales y sus clientes, consumidores de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y otras subpoblaciones con un número de parejas sexuales superiores al promedio. La última subpoblación varía según el entorno pero puede incluir grupos como trabajadores itinerantes y migrantes, miembros de servicios uniformados y camioneros que recorren largas distancias. En entornos con una muy alta prevalencia de infección por el VIH en la población general (como en muchos países de África) hay que seguir identificando los segmentos de la población con conductas de alto riesgo más frecuentes que los exponen a la infección por el VIH y, además, la intervención debe orientarse hacia ellos. La vigilancia puede ser de ayuda para identificar a estas subpoblaciones y hacer un seguimiento de su comportamiento. No hay reglas fijas sobre cuáles son estas subpoblaciones o si deben clasificarse como subpoblaciones. Ésta es una de las razones por la que resulta tan importante la valoración previa a la vigilancia.

Un aspecto importante de la selección de subpoblaciones para la vigilancia de la infección por el VIH es conocer la fuente de nuevas infecciones y cómo cambia con el transcurso del tiempo. En la figura 2 se muestra cómo países que se encuentran en la misma categoría en cuanto al tipo de epidemia (es decir, generalizada, concentrada o de bajo nivel) pueden diferir enormemente en lo que respecta a la fuente de nuevas infecciones. Se considera que Camboya, Honduras y Kenia tienen epidemias generalizadas, pero la fuente del mayor número de nuevas infecciones en Kenia

Fig. 2: Distribución de las nuevas infecciones por el VIH según el tipo de exposición en países seleccionados • 1998-2002



(en 1998) se generó a partir de los trabajadores sexuales mientras que en Camboya (en 2002) fueron las parejas sexuales con bajo riesgo de personas con alto riesgo (principalmente mujeres cuyos compañeros sexuales eran clientes de trabajadoras sexuales) y en Honduras (en 2002) fueron los hombres que mantuvieron relaciones sexuales con otros hombres. Tanto la Federación Rusa como Indonesia tienen epidemias concentradas debidas, en gran parte, a la infección en consumidores de drogas inyectables pero aparentemente con más transmisión sexual en Indonesia en el momento en que se realizaron estas estimaciones (12). El reto para la vigilancia y, en definitiva, para la eficiente orientación de las medidas preventivas y asistenciales es la identificación de las subpoblaciones que tienen mayor riesgo de infección (tanto de contraerla como transmitirla) en cada país. En este tipo de análisis sería importante tener en cuenta las diferencias locales dentro de un país, como en zonas urbanas y rurales o en diversos “puntos calientes”.

Selección de subpoblaciones para la vigilancia

Se tienen que considerar los siguientes temas clave a la hora de seleccionar subpoblaciones para la vigilancia.

- ¿Cuáles son los grupos de población con conductas de alto riesgo?
- ¿Cuál es el comportamiento relacionado con la búsqueda de asistencia sanitaria para las ITS?
- Para subpoblaciones (más que para la población general):
 - ¿Cómo es de grande la subpoblación?
 - ¿Es accesible la subpoblación para la vigilancia?
 - ¿Cómo contribuirá la vigilancia de esta subpoblación a entender la epidemia en el país?
 - ¿Qué intervenciones se han ejecutado o se prevé implementar en esta subpoblación?
 - ¿Podría la vigilancia conllevar algún daño para esta subpoblación?

¿Qué es un grupo de población con conductas de alto riesgo?

El término “grupos de población con conductas de alto riesgo”, tal como se usa en esta publicación, se refiere a subconjuntos de la población general cuyo comportamiento los pone en una situación de mayor riesgo de contraer la infección por el VIH y de transmitirla a otros. Los trabajadores sexuales y los consumidores de drogas inyectables se encuentran entre los grupos de población con riesgo más elevado dado que incurren con mucha frecuencia en conductas que pueden exponerlos al VIH y también transmitirlo a otros. Algunos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, especialmente los que frecuentemente compran o venden servicios sexuales o mantienen relaciones sexuales anales con múltiples parejas sexuales, constituyen un grupo de población con conductas de alto riesgo.

Otras subpoblaciones que pueden estar en riesgo elevado de transmisión del VIH se definen a veces por su ocupación, edad o estado migratorio. Entre los grupos de población con conductas de alto riesgo que suelen definirse de esta manera se encuentran los miembros de la policía, el personal militar, los camioneros que recorren largas distancias, los trabajadores itinerantes, los comerciantes de fronteras y los jóvenes no escolarizados. A veces, las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia se seleccionan porque son

grupos tradicionales que supuestamente incurren en conductas de alto riesgo. Si bien hay una base para considerar a algunos de estos grupos como de alto riesgo frecuentemente las suposiciones acerca de sus conductas de riesgo no conciben con la realidad. Después de todo, es el comportamiento de estos “grupos”, y no sus ocupaciones o sus edades, el que los ubica en una situación de riesgo.

Estos grupos de población “tradicionales” con comportamientos de alto riesgo generalmente proporcionan un punto de partida para la selección de subpoblaciones en un país pero, con frecuencia, se omite el importante paso de determinar en cada país si estas son las subpoblaciones más importantes que deben someterse a vigilancia. Se considera al personal militar como una típica subpoblación que se selecciona para la vigilancia en muchos países. Se supone que los grupos militares tienen un comportamiento de alto riesgo porque frecuentemente se trasladan lejos de sus hogares y familias durante largos períodos y, además, porque son jóvenes. Su situación en la comunidad, sus circunstancias de vida y las influencias del grupo de pares contribuyen a la probabilidad que lleguen a ser clientes frecuentes de los trabajadores sexuales. Sin embargo, la interacción entre los militares y la comunidad se controla estrictamente en algunos países y, por ende, puede ocurrir que el personal militar tenga escasas oportunidades para adoptar una conducta de alto riesgo, como mantener relaciones sexuales con trabajadores sexuales, y que pueda hacerlo en raras ocasiones. Por lo tanto, la suposición que el personal militar es un grupo de población que tiene comportamientos de alto riesgo puede que no coincida con la realidad o que lo haga solo parcialmente. Esto no significa necesariamente que no deba incluirse al personal militar como una subpoblación que ha de someterse a vigilancia. Demuestra solamente que los niveles y la frecuencia de las conductas de riesgo deben tenerse en cuenta al establecer prioridades entre las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia.

Para determinar si una subpoblación es un grupo de población con una conducta de alto riesgo es necesario definir la subpoblación como (a) trabajadores sexuales que se desempeñan en prostíbulos y salas de masaje, (b) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que se puede acceder en lugares de paseo localizados en entornos urbanos, (c) mujeres que comercian o que venden productos en regiones fronterizas, (d) jóvenes escolarizados, y e) mineros. Decidir si se da prioridad a una subpoblación en lo relativo a la vigilancia depende de la frecuencia de su comportamiento de riesgo en comparación con otras subpoblaciones. Algunas subpoblaciones, como los trabajadores sexuales y los consumidores de drogas inyectables, tienen regularmente conductas de alto riesgo. Otros grupos, como los clientes ocasionales de los trabajadores sexuales, pueden tener comportamientos de riesgo con menos frecuencia. No obstante, estos grupos pueden ser importantes porque constituyen vínculos conductuales con subpoblaciones de bajo riesgo. En las próximas secciones sobre la valoración previa a la vigilancia se discuten los métodos para la determinación del riesgo y la selección de los grupos.

Tamaño de la subpoblación

Aunque una subpoblación sea conocida por tener comportamientos de alto riesgo el tamaño de la subpoblación y su posible papel en la transmisión del VIH debe considerarse cuidadosamente antes de seleccionarla para la vigilancia. El tamaño de una subpoblación puede estudiarse examinando la bibliografía existente, la valoración previa a la vigilancia (que se tratará detalladamente en una sección posterior) y estimando el tamaño de las subpoblaciones (5). Esto no implica que haya que ignorar a una determinada subpoblación solo por ser pequeña pero sí significa que es posible que no sea una subpoblación apropiada para ser incluida en un sistema de vigilancia nacional. Las encuestas *ad hoc* en el contexto de intervenciones específicas pueden ser más apropiadas en esta subpoblación.

Consideraciones adicionales para la elección de los grupos apropiados

A pesar que las consideraciones epidemiológicas deberían ser la base para la selección de las subpoblaciones frecuentemente hay otras consideraciones que influyen en el proceso de la toma de decisiones. Los gobiernos pueden ser renuentes a utilizar recursos en subpoblaciones marginadas, como los consumidores de drogas inyectables, y, en cambio, pueden optar por centrarse en grupos que son menos polémicos desde el punto de vista político, como los jóvenes. Las agencias patrocinantes posiblemente quieran que el sistema de vigilancia refleje sus prioridades en relación a los gastos y las agencias de ejecución quizás esperen utilizar los datos de la vigilancia para evaluar sus propias intervenciones.

Además, a pesar de las prioridades frecuentemente conflictivas de los socios en relación a la vigilancia las subpoblaciones seleccionadas deberían reflejar a aquellas que están al frente de la epidemia en un país dado; de otro modo, el propósito general de la vigilancia estaría comprometido. Si las estrategias de los programas nacionales, de los patrocinantes y de las organizaciones son muy discordantes con las prioridades de las más importantes subpoblaciones del sistema de vigilancia se debería considerar, entonces, el hecho que quizás una o más de estas organizaciones está ignorando a las subpoblaciones más importantes en la diseminación de la epidemia.

Mantenimiento de la coherencia entre las rondas de encuestas

Como se ha señalado en secciones anteriores, los sistemas de vigilancia nacionales han evolucionado a lo largo del tiempo y, a veces, se agregaron componentes conductuales y de ITS a los sistemas existentes que miden la prevalencia de la infección por el VIH. En algunas ocasiones las subpoblaciones incluidas en los diversos componentes de la vigilancia no logran armonizar. Por ejemplo, la serovigilancia puede realizarse entre los trabajadores sexuales que son tratados en los consultorios de ITS mientras que la vigilancia conductual se puede llevar a cabo entre las mujeres que trabajan en los establecimientos de entretenimiento. Si los componentes conductuales y biológicos de la vigilancia se evalúan en una encuesta integrada o en encuestas separadas aumentando la coherencia en la definición y el muestreo de las subpoblaciones entonces las áreas geográficas cubiertas y la sincronización de las encuestas incrementan la probabilidad que los datos de las tendencias sean útiles para conocer la dinámica de la epidemia. Por este motivo, el sistema de vigilancia debe ajustarse periódicamente o incluso debe ser reorientado sustancialmente. Más adelante, esta publicación aborda la necesidad de definir claramente las subpoblaciones para la vigilancia a efectos operativos para ayudar a mantener esta coherencia.

La decisión de modificar un sistema de vigilancia casi siempre interfiere con la capacidad de medir las tendencias a través del tiempo. Las decisiones sobre la selección de las subpoblaciones tienen que equilibrarse cuidadosamente con la necesidad de datos de tendencias comparables. Sin embargo, la necesidad de una línea de tendencia no debería ser automáticamente tomada como una prioridad con respecto a la necesidad de ajustar el sistema de vigilancia para que recopile datos más relevantes.

Acceso a subpoblaciones

Aunque tiene que estar claro cuáles son las subpoblaciones clave en relación a la vigilancia debe examinarse estrechamente la accesibilidad a estos grupos. Muchas subpoblaciones —como los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales y los migrantes

transfronterizos— están ocultas y resulta difícil incluirlas en la vigilancia porque no existe ningún marco de muestreo para ellas o porque su comportamiento es ilegal o está tan estigmatizado que prefieren no identificarse o participar proporcionando datos para la vigilancia. No obstante, esto no debería ser motivo para no incluirlos en la vigilancia. Se han desarrollado métodos de muestreo innovadores para llegar a estas subpoblaciones y deberían emplearse las herramientas apropiadas para las subpoblaciones de difícil alcance (14, 15). Es difícil mantener una subpoblación de estudio coherente y comparable cuando los grupos están ocultos y fluctúan debido a la influencia de factores sociales y legales, pero esto puede superarse mediante una planificación cuidadosa durante cada ciclo de vigilancia.

Donantes y responsables de políticas

En ocasiones, el proceso de elección de las subpoblaciones para la vigilancia está excesivamente influido por los donantes que quieren que se cumplan los requisitos en materia de notificación o por los políticos que no desean que parezca que están apoyando a grupos con un comportamiento indeseable. Esto es una especie de círculo vicioso porque uno de los usos principales de los datos obtenidos en la vigilancia es ayudar a los donantes y a los responsables de políticas para que vayan más allá de las nociones preconcebidas acerca de cómo focalizar los esfuerzos de intervención. Esto no puede hacerse si faltan datos adecuados sobre las subpoblaciones clave. Lo ideal es que todas las agencias y las organizaciones interesadas lleguen a un consenso de modo que los datos obtenidos en la vigilancia puedan atender las necesidades de todos, en la medida de lo posible, sin sacrificar los objetivos principales del sistema de vigilancia. Alcanzar con antelación un consenso también ayuda a eludir controversias cuando se dan a conocer los datos.

Intervenciones en proceso o programadas

Idealmente, las intervenciones deberían estar programadas o en proceso en las subpoblaciones incluidas en la vigilancia y los datos deberían realimentar los procesos de planificación y de ejecución. No obstante, debería quedar claro que la vigilancia no se lleva a cabo para evaluar intervenciones específicas sino para orientar y monitorear la respuesta nacional. Cuando las intervenciones se superponen con subpoblaciones que deben someterse a vigilancia y zonas geográficas entonces la vigilancia puede proporcionar datos valiosos para estimar y a veces evaluar los efectos de los programas de intervención, pero la vigilancia de nivel nacional no debería diseñarse alrededor de la obtención de datos de una intervención específica.

Minimizar el daño a las subpoblaciones vulnerables

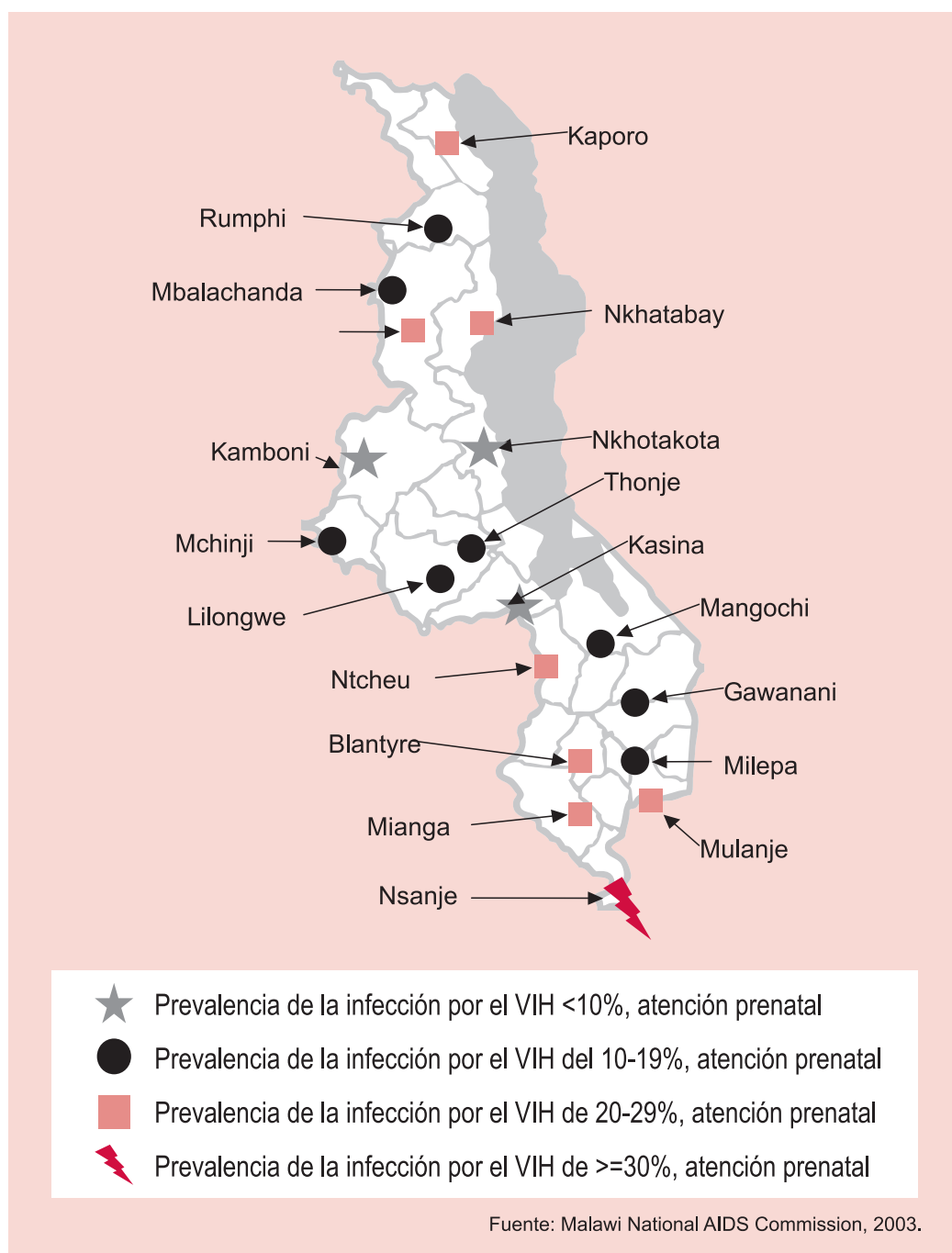
A menudo la vigilancia atrae en forma negativa la atención sobre las subpoblaciones debido a sus actividades sexuales y su consumo de drogas. Los encargados de ejecutar la vigilancia siempre deberían considerar cuáles pueden ser las consecuencias adversas para las subpoblaciones a las que se pone en relieve de esta manera. ¿Vale la pena obtener datos de una subpoblación a costa de correr mayor peligro o sufrir una marginación mayor? Sensibilizar a las autoridades y a las comunidades locales puede ser de ayuda para reducir los riesgos potenciales de una subpoblación pero los encargados de la ejecución deberían hacer que el bienestar de la subpoblación sea más importante que su deseo de información.

Es muy importante saber que no se debería esperar que las subpoblaciones sometidas a vigilancia cooperen en las medidas de vigilancia si no consiguen ningún beneficio a partir de la información obtenida, habitualmente en forma de una mejora en la programación o la provisión de servicios. Crear falsas expectativas o saturar a los grupos con investigaciones cuando no se hace nada por ayudarlos socava no solo la propia investigación sino también la confianza de los participantes en los equipos de vigilancia.

Determinación del área de cobertura geográfica

La cobertura geográfica de la vigilancia debería ser determinada por el patrón de expansión de la infección por el VIH (las zonas donde el VIH ya está difundiéndose o donde es más probable que se propague próximamente). Las epidemias de infección por el VIH no comienzan al mismo tiempo, no evolucionan con la misma velocidad ni concluyen del mismo modo en diferentes lugares. La información sobre los niveles de las ITS o los datos provistos por los centros de salud sobre la proporción de visitas de pacientes por ITS podría usarse como referencia si no se dispone de datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH. En

Fig. 3. Prevalencia del VIH por distrito en Malawi entre mujeres que acuden a centros de atención prenatal



la mayoría de los países con epidemias generalizadas las zonas urbanas son afectadas antes que las rurales y la prevalencia de la infección por el VIH es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Por consiguiente, la mayoría de los sistemas de vigilancia han comenzado en las zonas urbanas. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, y a medida que el VIH se propaga a las zonas rurales, estas zonas también deben incluirse en el sistema de vigilancia. Un criterio secundario para determinar la cobertura geográfica es el nivel administrativo (región, provincia o distrito) en el que los datos serán más convenientes para la acción en términos de la orientación y el monitoreo de la respuesta. Si se han asignado y manejado recursos para los servicios de salud y humanos a nivel local puede ser más importante disponer de datos que sean pertinentes en dicho nivel que contar con ellos en un nivel superior. Si se tienen datos de gran calidad en el nivel local normalmente pueden agruparse para utilizarlos en un nivel superior (como los indicadores de nivel nacional). No obstante, los datos recolectados a nivel nacional no siempre pueden desglosarse en partes que sean útiles a nivel local.

Consideremos el ejemplo de los datos de la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres que reciben atención prenatal en diferentes regiones de Malawi (Fig. 3). ¿Proveería una cifra nacional correspondiente a la situación en un país información suficiente para tomar decisiones? Si la finalidad de la vigilancia fuese informar sobre los indicadores nacionales a nivel mundial entonces una sola zona geográfica de cobertura nacional podría ser adecuada. Sin embargo, si el propósito es conocer la dinámica de la epidemia local con el paso del tiempo y utilizar esta información para tomar decisiones programáticas y políticas apropiadas dentro de un país entonces las áreas subnacionales cuidadosamente elegidas nos dejarán información más útil aunque sigan refiriéndose al nivel nacional.

Elección de áreas de cobertura subnacionales

A veces, cuando los recursos financieros y humanos lo permiten, un sistema de vigilancia puede cubrir todas las zonas geográficas. Sin embargo, esto rara vez es factible de manera que se necesita un sistema claro para establecer prioridades geográficas. En algunas ocasiones las zonas de vigilancia se agrupan por regiones y algunas zonas geográficas sirven como reemplazantes de otras (cuando hay suficiente información sobre las áreas para que se justifique actuar de este modo). En las epidemias concentradas y de bajo nivel es particularmente importante saber qué zonas geográficas tienen una alta concentración de subpoblaciones con conductas de alto riesgo que puedan favorecer la transmisión del VIH en el presente o en el futuro y, por lo tanto, a las que haya que dirigirse precozmente para realizar una intervención intensiva. Este es otro caso en el que resulta fundamental conocer el tamaño de la subpoblación. Los patrones de migración entre regiones de alta y baja prevalencia también deben considerarse cuando se decida acerca de las zonas geográficas de alta prioridad.

Un error común es creer que todas las subpoblaciones de alto riesgo necesitan estar representadas en todas las áreas de vigilancia. Esto no es así. La recolección de datos debería adaptarse a las necesidades de datos específicas de áreas geográficas específicas. Entonces, por ejemplo, la presencia de los comerciantes de fronteras agrupados en una provincia situada cerca de la frontera de un país con alta prevalencia de infección por el VIH no significa que deba hacerse un muestreo de las personas migrantes en cada región del país. De igual modo, entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, la decisión de incluirlos como una subpoblación para la vigilancia no implica que deban ser introducidos en toda la región donde se lleva a cabo la vigilancia. Si se sabe que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con alta prevalencia de conductas de alto riesgo se concentran en determinados centros urbanos entonces los esfuerzos de la vigilancia deberían centrarse en dichas zonas.

La Tabla 3 indica algunos de los temas que deben considerarse cuando se determina dónde hay que realizar la vigilancia.

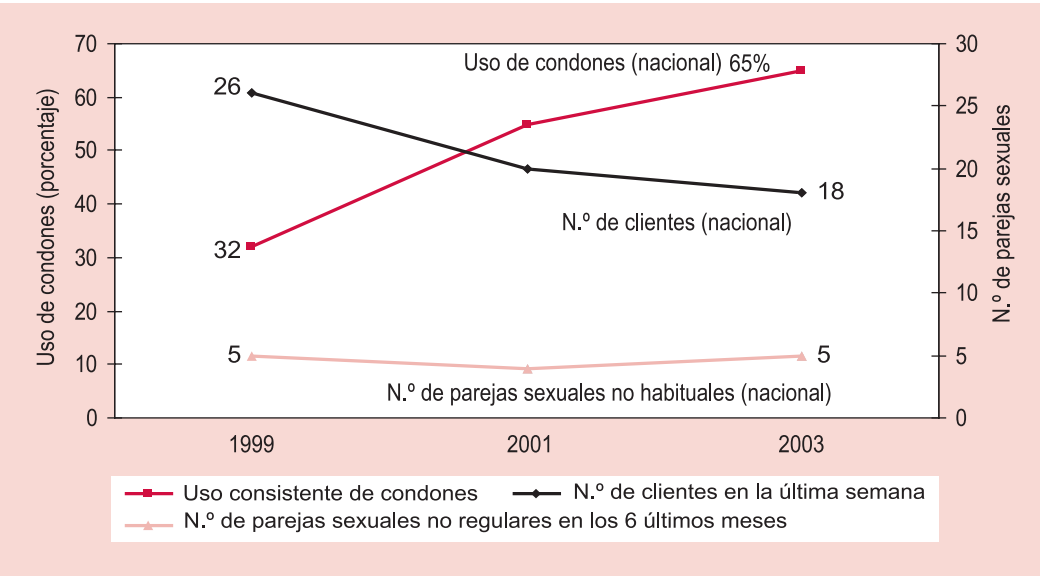
Tabla 3. Preguntas que deben responderse al determinar la cobertura geográfica

- ¿Qué se sabe ya acerca de la epidemia en diferentes regiones del país?
- ¿Cuáles son las diferencias regionales en la transmisión del VIH?
- ¿Dónde se concentran las subpoblaciones con los niveles más altos de conductas de alto riesgo?
- ¿Cuál es el tamaño estimado de las subpoblaciones con conductas de alto riesgo en cada área geográfica?
- ¿Existen vías de transporte interno o transfronterizo que puedan potenciar la transmisión?
- ¿Cómo de accesibles son las diversas áreas geográficas?
- ¿Pueden servir algunas áreas como reemplazantes de otras o es preciso saber todo lo relativo a cada área para tomar decisiones fundamentadas?
- ¿Es suficiente una cifra nacional para tomar decisiones programáticas y políticas apropiadas?
- ¿Cuánto dinero y cuánto personal hay disponible?
- ¿Qué nivel de la cobertura es ideal?
- ¿Qué nivel de la cobertura es factible?
- ¿Dónde se concentran las intervenciones?

Ejercicio para determinar las prioridades en la cobertura geográfica

La Figura 4 presenta los datos conductuales de una muestra nacional de trabajadores sexuales en un país. Los datos se recopilaron en 7 de 15 provincias en zonas con concentraciones altas de trabajadores sexuales, aunque las provincias no cubiertas por la vigilancia tienen grupos más pequeños de trabajadores sexuales. Basándose en estos datos nacionales, ¿cómo de exitosa es la respuesta nacional?

Fig. 4: Porcentaje de trabajadores sexuales que usan condones y número de clientes y de parejas sexuales no habituales en un país (1999-2003)

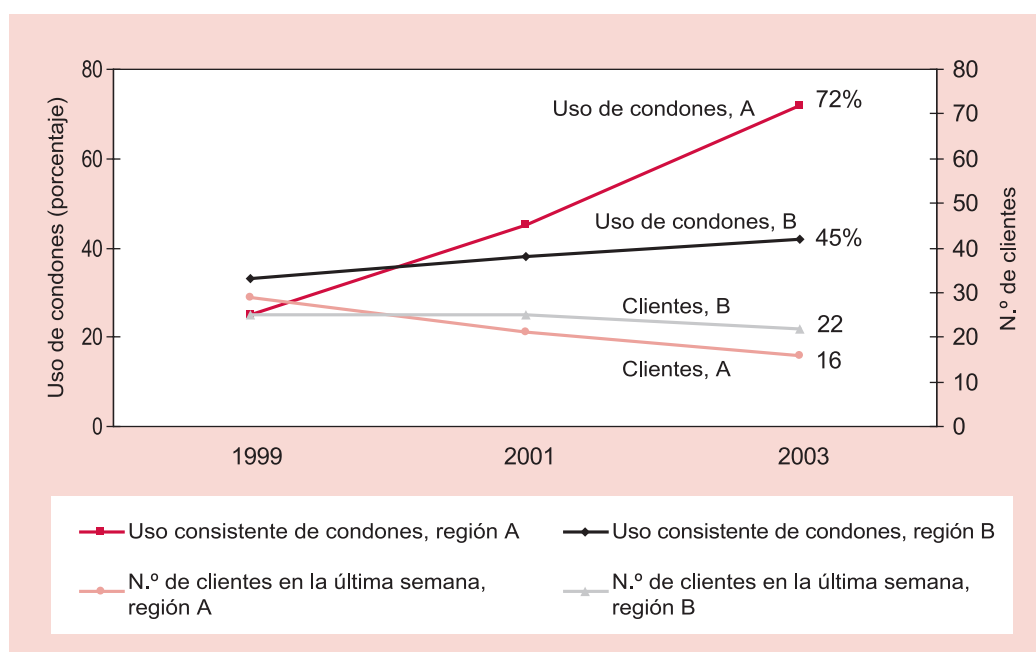


La respuesta nacional se ha focalizado, en parte, en la distribución de condones, el aumento del uso de condones en las relaciones sexuales con trabajadores sexuales, la reducción del número de parejas sexuales a través de las intervenciones orientadas a los clientes y las alternativas laborales presentadas a los trabajadores sexuales. A pesar que el número de parejas sexuales no regulares que notificaron los trabajadores sexuales se mantuvo estable a lo largo del tiempo ellos reportaron que en un período de cuatro años el número de clientes descendió un tercio, lo que

indica que el número total de parejas sexuales probablemente disminuyó en contraposición con el traspaso de clientes a parejas sexuales no regulares. Esto podría deberse a que se encuentre un mayor número de trabajadores sexuales en el país y, por consiguiente, al menor número de parejas sexuales por cada mujer, pero los datos referidos a los hombres (no se muestran en la Figura) apoyan la suposición que ha disminuido el número de hombres que mantienen relaciones con trabajadores sexuales y que los que sí las mantienen lo hacen con menos frecuencia que en años anteriores. Otra tendencia positiva es que el uso consistente de condones entre los trabajadores sexuales y sus clientes ascendió del 32% en 1999 al 65% en el 2003.

Estos datos apoyan la convicción del programa nacional de control del sida que la respuesta nacional a la epidemia de infección por el VIH en el país ha sido contundente y apropiada. La Figura 5 muestra algunos indicadores conductuales que han surgido en las dos regiones más populosas del país. ¿Cómo de exitosa es la respuesta regional a la epidemia?

Fig. 5: Porcentaje de trabajadores sexuales que utilizan condones y número de clientes y parejas sexuales no regulares en dos regiones de un país (1999-2003)



En 1999, en la Región A el uso consistente de condones por parte de los trabajadores sexuales fue algo menor y el número de clientes por semana fue mayor que la media nacional. Los datos muestran el cambio de conducta generalizado en un período de cuatro años en la Región A, el uso consistente de condones se triplicó y el número de clientes de los trabajadores sexuales se redujo sustancialmente. De hecho, podría considerarse que esta zona del país constituye un logro ejemplar en relación con la respuesta nacional general.

Por el contrario, la Región B rondaba por encima de la media nacional en lo referente al uso de condones entre los trabajadores sexuales en 1999 pero no se incrementó demasiado el aumento del uso de condones en los años posteriores. En el año 2003 el uso de condones en la región había aumentado sólo ligeramente y el número de clientes de los trabajadores sexuales fue apenas algo inferior que anteriormente. Ninguno de los indicadores de la Región B muestra las reducciones de las conductas de riesgo que se observaron en los datos nacionalmente agrupados. En consecuencia, los datos nacionales ocultarían importantes diferencias conductuales entre regiones y, por ende, la necesidad de adaptar las actividades políticas y de intervención para abordar estas disparidades subnacionales.

PASO 4: VALORACIÓN SOBRE EL TERRENO

Recolección de información para tomar decisiones sobre subpoblaciones y áreas geográficas y para la implementación de encuestas

Una vez que un organismo coordinador ha llegado a un acuerdo respecto a la finalidad del sistema de vigilancia, identificado las deficiencias y necesidades en materia de datos y llegado a un consenso respecto a los criterios de selección de las subpoblaciones y las áreas geográficas entonces pueden seleccionarse las áreas y las subpoblaciones finales. Esta sección del módulo brinda una guía sobre cómo hacer esto sistemáticamente (aunque con mucha frecuencia el proceso tiene lugar en la práctica de una manera más *ad hoc*).

Identificación de “puntos calientes” y subpoblaciones en riesgo considerando lo que se sabe actualmente

El proceso debería empezar por la evaluación de lo que se sabe actualmente. Las encuestas domiciliarias de la población sobre las conductas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH (en caso de haberse realizado) pueden proporcionar valiosos indicios acerca de las subpoblaciones o las regiones geográficas sobre las que vale la pena conducir una investigación adicional mediante el sistema de vigilancia. Si no existieran tales datos los países deberían considerar obtener los mismos ya que son necesarios para hacerse una idea global de la posibilidad de diseminación de una epidemia.

Otras fuentes de datos que pueden colaborar para tomar decisiones acerca de las subpoblaciones y las zonas geográficas incluyen el sistema de vigilancia existente, los informes de casos de infecciones por el VIH y de sida, las evaluaciones rápidas, las encuestas *ad hoc*, los estudios de evaluación, los artículos de prensa y cualquier otra información sobre grupos de personas que se considere que están implicados en comportamientos de alto riesgo. Entre éstos se pueden encontrar los trabajadores sexuales, los clientes de trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los consumidores de drogas inyectables, y otros hombres y mujeres que tienen múltiples parejas sexuales. Éstos varían según el entorno social y cultural. En ocasiones, pero no siempre, pueden estar incluidas subpoblaciones itinerantes o migrantes o los jóvenes.

Valoración sobre el terreno para confirmar las suposiciones acerca de los “puntos calientes” y las subpoblaciones en riesgo

La valoración sobre el terreno es muy importante para confirmar que a) las subpoblaciones seleccionadas tienen realmente comportamientos de alto riesgo y b) su número es suficiente para merecer su inclusión en el sistema de vigilancia. La valoración sobre el terreno también debería averiguar si es viable obtener datos en estas subpoblaciones investigando a) cómo y dónde se puede acceder a los miembros de la subpoblación y pueden someterse a muestreo sistemáticamente, y b) la voluntad general de los posibles encuestados para participar en las encuestas de vigilancia. Tal proceso debería favorecer la aparición de definiciones operativas claras de las subpoblaciones y la determinación de criterios de admisibilidad para seleccionar a los encuestados; por ejemplo, no basta con decir que el sistema de vigilancia incluirá a “los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” o a “las trabajadoras sexuales”. Dichas definiciones pueden llevar a que los resultados de

la vigilancia sean ambiguos si no se incorporan sistemáticamente en rondas de vigilancia consecutivas; por ejemplo, si una encuesta de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres selecciona a los entrevistados en un marco de muestreo de zonas de lugares de paseo (donde los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres acuden a encontrarse o a buscar un compañero sexual) entonces puede hallarse una mayor proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a cambio de dinero o que tienen múltiples compañeros sexuales que la proporción obtenida a partir de una encuesta de todos los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres cuyo muestreo se hubiera realizado por otro método (como un muestreo dirigido por los entrevistados). No se trata de un problema inherente a menos que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sean definidos de otro modo en las rondas de vigilancia consecutivas o si no hay una explicación clara de lo que el universo de la muestra debería representar. Esta situación puede llevar a considerables errores al interpretar los resultados de la vigilancia.

También puede ser útil la evaluación del comportamiento de búsqueda de atención para las ITS y de la proporción de las visitas en los centros de salud para las ITS.

¿Cómo debería realizarse la valoración sobre el terreno?

La valoración sobre el terreno reúne información para guiar la preparación de la encuesta principal de vigilancia (ya sea solo una encuesta conductual, solo una encuesta biológica o una encuesta bioconductual integrada). Puede incluir algunas o todas las medidas que se enumeran a continuación:

- confirmar que las subpoblaciones seleccionadas tienen conductas de alto riesgo;
- determinar el tamaño aproximado de las subpoblaciones seleccionadas en las áreas de cobertura geográfica seleccionadas, puede incluir un mapeo preliminar;
- recopilar información que ayudará a definir las subpoblaciones seleccionadas, a desarrollar definiciones operativas y a establecer criterios de inclusión;
- determinar la factibilidad de conducir la vigilancia en subpoblaciones seleccionadas incluyendo la accesibilidad, la voluntad de participar, el daño potencial a la subpoblación y las posibles estrategias de muestreo;
- recopilar información que ayude a guiar el trabajo sobre el terreno, como quiénes son las personas que actúan como “filtros” de acceso, qué idiomas se hablan, los patrones de desplazamiento, y las zonas y los momentos de disponibilidad.

Idealmente, si el tiempo y los recursos lo permiten, este tipo de evaluación se debería realizar antes de seleccionar las subpoblaciones para la vigilancia y las zonas geográficas finales y, además, antes de determinar los detalles del diseño del muestreo y los métodos de trabajo sobre el terreno. Puede hacerse un mapeo preliminar durante la geográficas sobre el terreno para tener una idea aproximada de las zonas donde se puede acceder a los miembros de la subpoblación y cuántos son éstos; pero no se deberían definir marcos de muestreo detallados hasta el momento de la encuesta, después que se hayan tomado decisiones finales respecto a las personas que se considera que formarán parte del universo de la muestra (o sea, la población sobre la que pueden generalizarse los resultados). El universo de la muestra se define por la combinación de 1) la definición operativa que debe usarse para la subpoblación, 2) los criterios de inclusión y 3) el área de cobertura geográfica.

La siguiente sección presenta los métodos que se sugieren para alcanzar cada uno de estos objetivos. En el Anexo 1 se muestra una guía más detallada y algunos instrumentos ilustrativos para la recolección de datos.

Confirmación sobre las conductas de alto riesgo de las subpoblaciones

El objetivo de este paso es aportar evidencia que demuestre que la subpoblación seleccionada padece realmente un riesgo de infección por el VIH. Una manera de abordar esto es entrevistar a una muestra seleccionada de las personas que actúan como “filtro” de acceso y de los informantes clave que están familiarizados con esta subpoblación. Otra estrategia es entrevistar a los miembros de la subpoblación propuesta. Las entrevistas deberían ser flexibles aunque tendrían que tratar varios temas predeterminados. Tendrían que diseñarse para que aporten información acerca de las conductas de riesgo que podrían llevar a la exposición al VIH, como la probabilidad de tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales con trabajadores sexuales o compartir agujas y jeringas. En este momento no existe un número específico de personas que deban ser entrevistadas. La meta es seguir entrevistando a las personas hasta que no surja nueva información.

Un método práctico para cada área de cobertura geográfica puede ser entrevistar al menos a cinco informantes clave (incluidas las personas que actúan como “filtro” de acceso) y a cinco miembros de la subpoblación, con la posibilidad de entrevistar a más personas si la información recopilada siguiera siendo insuficiente.

Determinación del tamaño aproximado de las subpoblaciones seleccionadas en áreas de cobertura geográfica seleccionadas, puede incluir un mapeo preliminar

En esta etapa no es preciso un recuento exacto de los miembros de la subpoblación seleccionada. Se necesita un cálculo aproximado de cuántos miembros de la subpoblación pueden encontrarse en esa área de cobertura geográfica. Para hacer estos cálculos se cuenta con varias estrategias diferentes.

1. Hay que pedir a los informantes que hagan una estimación aproximada y luego calcular el promedio de las diversas respuestas. Sin embargo, se plantea un problema cuando las estimaciones varían demasiado. No obstante, debería ser posible hacerse al menos una idea dentro de un orden de magnitud (por ejemplo, ¿se acerca la estimación más a 10, 100, 1.000 o 10.000 personas?). Este tipo de información debería proveer alguna orientación sobre si la subpoblación merece ser incluida en el sistema de vigilancia. “Pequeño” no significa necesariamente “sin importancia” pero, al menos, debería plantearse si la vigilancia es el medio más efectivo para abordar a esta subpoblación.
2. Otro abordaje para calcular el tamaño es hacer un mapeo preliminar de las zonas o los sitios donde los miembros de la subpoblación se reúnen y realizar un recuento de las personas presentes en el momento de la visita. Sin embargo, este método tiene varias limitaciones. Una es que posiblemente el número de miembros presentes en un momento dado no sea realmente representativo del número de miembros diferentes que frecuentan el sitio a lo largo de días, semanas o meses.

Además, según el tipo de subpoblación, los miembros pueden frecuentar varios sitios diferentes (como los trabajadores sexuales, los clientes de trabajadores sexuales, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) de modo que los que se encuentran en un sitio durante un día pueden ser los mismos que aparecen después en otro sitio, ese mismo día u otro día. La simple suma del número de personas que se encuentran en todos los sitios no proporcionará necesariamente un buen cálculo del tamaño total de la subpoblación o, incluso, ni siquiera un cálculo aproximado.

Una manera de abordar esto es entrevistar a los informantes clave y a los miembros de la subpoblación en los sitios referidos para hacerse una idea de la cantidad de miembros de la subpoblación que visitan estos lugares en diferentes días y si el flujo de la subpoblación varía en distintos momentos (como diferentes días de la semana o diversos momentos del año). También cabe hacerse una idea de la cantidad de personas que se desplazan de un sitio a otro y de la probabilidad de realizar un doble recuento de los miembros de la subpoblación en más de un lugar.

Existe otra limitación, en ocasiones es difícil identificar a los miembros de la subpoblación de interés en un sitio dado. Por ejemplo, si la subpoblación, según la definición operativa, está formada por las mujeres que trabajan en ciertos lugares concurridos (como paradas de camiones, bares o salas de baile, salones de karaoke o salas de masaje) y el criterio de admisibilidad es haber realizado servicios sexuales remunerados en el último mes resulta entonces imposible identificarlas sin hablar con ellas (o con un informante clave). De modo similar, si la subpoblación de interés está formada por hombres que ofrecen a otros hombres servicios sexuales remunerados entonces no es posible identificarlos sin entrevistarlos. Otro ejemplo, si la subpoblación está formada por vendedores jóvenes solteros (varones) no escolarizados será difícil evaluar la cantidad de vendedores (varones) que están solteros o no están escolarizados en un lugar determinado (como un mercado) si no se conversa con ellos.

Por último, realizar una estimación, aunque sea aproximada, puede ser imposible en las subpoblaciones que no se reúnen en zonas identificables; por lo que en esta etapa puede ser necesario hablar solamente de órdenes de magnitud. No obstante, medir el tamaño de una subpoblación antes de seleccionarla para la vigilancia es importante porque el intento de la vigilancia en subpoblaciones muy pequeñas (o inexistentes) puede ser muy frustrante y no muy provechoso (5).

Recopilación de información que ayudará a definir las subpoblaciones seleccionadas, desarrollar definiciones operativas y establecer criterios de inclusión

Una de las mayores fuentes de error en la vigilancia es el fracaso en lograr un seguimiento sistemático de las subpoblaciones a lo largo del tiempo. Algunas veces esto sucede porque no se ha definido la subpoblación de forma suficientemente detallada. Por ejemplo, a los trabajadores sexuales se los puede definir y someter a muestreo de muchas maneras diferentes. Algunos países utilizan a todas las mujeres con ITS que visitan un consultorio como el grupo representante de las trabajadoras sexuales, o pueden realizar un tamizaje entre las mujeres con ITS para determinar cuáles de ellas ofrecen servicios sexuales remunerados y, entonces, utilizarlas como subpoblación que debe someterse a vigilancia. Otros países hacen directamente un muestreo de las mujeres que trabajan en prostíbulos. Hay países que seleccionan a mujeres que trabajan en los hoteles (mantengan o no servicios sexuales remunerados) y otros reúnen a mujeres que han sido arrestadas por prostitución. Éstos son solamente unos pocos ejemplos. La interpretación de los datos sobre las tendencias se hace difícil cuando el método de reclutamiento de los trabajadores sexuales para la vigilancia no es uniforme a través del tiempo. Por eso, es fundamental contar con una definición operativa clara acerca de lo que se entiende por trabajadora sexual y tener criterios de elegibilidad específicos que determinen a quién se debe incluir en las encuestas de vigilancia y a quién no. La información recopilada durante la valoración sobre el terreno previa a la vigilancia puede ayudar a informar a los planificadores de la vigilancia sobre la naturaleza del sexo comercial (cómo, dónde y cuándo actúan los trabajadores sexuales). Luego puede usarse esta información para tomar decisiones acerca de la mejor manera de definir la subpoblación que debe someterse a vigilancia. La sección sobre la determinación de las subpoblaciones y la cobertura geográfica definitivas proporciona más información sobre las definiciones operativas.

Determinación de la factibilidad para realizar la vigilancia en subpoblaciones seleccionadas incluyendo la accesibilidad, la voluntad de participar, el posible daño a la subpoblación y las posibles estrategias de muestreo

Durante la preparación de la encuesta principal de vigilancia las valoraciones sobre el terreno deben abordar la voluntad de los miembros de la subpoblación de acceder a participar en la vigilancia (conductual, biológica o ambas) y las condiciones que se necesitan para mejorar la cooperación. Esto siempre es un desafío porque a menudo los participantes esperan que se les compense económicamente por participar en las encuestas. Por lo tanto, una cuestión que debe evaluarse es qué es lo que motivará a las personas a participar.

Es importante asegurar que las actividades de vigilancia beneficien a la subpoblación que está siendo sometida a la misma y que los miembros de la subpoblación puedan percibir los beneficios. Este proceso comienza con la movilización comunitaria (preparando a la comunidad) en el momento de la valoración. La voluntad de participar puede diferir dependiendo si las encuestas son solo conductuales o si incluyen la toma de muestras biológicas como orina, sangre o muestras genitales (que requieren de una exploración con espéculo en las mujeres y una exploración física en los hombres). Algunos procedimientos pueden ser sumamente invasivos, de manera que es importante evaluar la aceptabilidad antes de invertir una cantidad sustancial de tiempo y recursos.

Al diseñar la estrategia de muestreo para la encuesta principal debe evaluarse inicialmente si hay una alta proporción de miembros de la subpoblación que sea accesible en zonas identificables que puedan enumerarse y/o cartografiarse. Si la respuesta es negativa entonces esto tiene una importante repercusión sobre el muestreo dado que significa que posiblemente no se pueda realizar el mismo (a no ser que se realice un muestreo dirigido por los entrevistados).

En el pasado los métodos más comunes de muestreo de subpoblaciones de difícil acceso eran a través de las técnicas de muestreo no probabilísticas. El problema de estos métodos es que limitan la capacidad de generalizar la información y de hacer un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo. Más recientemente, se han desarrollado métodos promisorios de muestreo probabilístico que ofrecen estrategias alternativas al muestreo más tradicional en los puntos de reunión. Uno de estos métodos es el muestreo dirigido por los entrevistados (2).

Este método permite la selección de una muestra probabilística aún cuando los miembros de la subpoblación no pueden ser enumerados o no se puede acceder a ellos en sitios identificables. Este método puede ser muy útil en situaciones en las que no se conoce la proporción de miembros de la subpoblación accesible en sitios identificables. En tales situaciones existe el riesgo de omitir amplios segmentos de la subpoblación que nunca aparecen en estas zonas. El uso del muestreo dirigido por los entrevistados puede ayudar a evaluar la composición de las subpoblación de interés, permitiendo así saber mejor qué personas pasan inadvertidas con el muestreo en los sitios de reunión.

Recopilación de información para ayudar a orientar el trabajo sobre el terreno (quiénes son las personas que actúan como “filtros” de acceso; qué idiomas se hablan; cuáles son los patrones de desplazamiento, las zonas y los momentos de disponibilidad)

Finalmente, para la subpoblación seleccionada para la vigilancia se necesita información específica sobre las condiciones sobre el terreno antes de ultimar el protocolo para la recopilación de datos. Esta información puede recolectarse en el momento de la valoración sobre el terreno.

¿Qué tipo de información se necesita?

1. Un primer paso importante al preparar el trabajo sobre el terreno consiste en saber quiénes son las personas que actúan como “filtros” de acceso y las personas clave, y acercarse a ellos como socios en el proceso de vigilancia. Hay que considerar los permisos que se necesitarán para desarrollar la vigilancia (además del permiso de los entrevistados). ¿Quién puede ayudar a facilitar el acceso a la subpoblación y asegurar que la encuesta prosiga sin inconvenientes? ¿Qué susceptibilidades hay que considerar en el caso que investigadores externos lleguen a una comunidad para realizar una encuesta?
2. En esta fase también es importante determinar cómo, cuándo y dónde pueden realizarse las entrevistas y la recolección de muestras en esta subpoblación. Se necesitará información de los siguientes temas.
 - ¿En qué idioma deberán realizarse las entrevistas de la encuesta?
 - ¿Cuál es el perfil deseable de los entrevistadores para garantizar los resultados del estudio más válidos en la encuesta principal de vigilancia? A menudo se resta importancia a este aspecto pero eso es algo que no debería hacerse. Después de todo, ninguno de los esfuerzos de vigilancia logrará algo si las personas que contactan a los encuestados no pueden obtener datos válidos. Además de asegurar que el personal de la encuesta sea competente en su trabajo, otra de las cuestiones que cabe considerar es si los entrevistadores deberían ser hombres o mujeres, jóvenes o personas de mayor edad, empleados del gobierno o no, profesionales de la salud o no, estudiantes universitarios o no, personas pertenecientes a la comunidad local o no. Inclusive hay que tener en cuenta la forma de vestir y el comportamiento de los entrevistadores dado que es importante lograr que los entrevistados estén lo más cómodos posible. De otro modo les costaría hablar libremente y se pondrían en peligro los resultados de las encuestas.
 - ¿Cuáles serían los posibles sitios donde podrán obtenerse datos de vigilancia garantizando la privacidad?
 - ¿Cuáles serían los mejores momentos del día para encontrar personas que puedan ser reclutadas para participar en la encuesta y para asegurarse que ellos tendrán tiempo suficiente para pasar por un proceso de consentimiento, ser entrevistados o proporcionar muestras?

En el Anexo 1 se dan ejemplos de los instrumentos de obtención de datos para la valoración sobre el terreno previa a la vigilancia.

En las sitios donde se hayan realizado las encuestas PLACE (priorities for local AIDS control efforts, prioridades en las actividades locales de control del sida) (15,16) las mismas pueden ser muy útiles para caracterizar las subpoblaciones de riesgo en áreas geográficas específicas.

PASO 5: FINALIZAR LA SELECCIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES Y LA COBERTURA GEOGRÁFICA

Luego de la minuciosa planificación y del trabajo sobre el terreno toda la información recogida debe sintetizarse para la selección final de las subpoblaciones y de la cobertura geográfica. Ésta es una de las funciones clave del comité coordinador de la vigilancia y sus miembros deben comprometerse no sólo con la selección final de las subpoblaciones sino que también deben defender la difusión y el amplio uso de los datos. En los casos en que grupos como los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres estén estigmatizados y los responsables de políticas prefieran no tratar con ellos el organismo coordinador debe sopesar cuidadosamente si la vigilancia es el método correcto para llegar a estos grupos. Si la vigilancia está realmente en manos del comité nacional del sida entonces éste debe estar preparado para seguir difundiendo y potenciando al máximo el uso de los datos (a pesar de los deseos de algunos encargados de tomar decisiones) así como para proteger los intereses de la subpoblación. Esto se debe considerar fuertemente al seleccionar la subpoblación, y, a veces, el comité coordinador podría estar de acuerdo en que se puede ayudar mejor a una subpoblación consiguiendo datos a través de encuestas más especializadas.

Revisión de la información de valoración frente a los criterios para la selección de subpoblaciones

Tras concluir la valoración sobre el terreno los datos obtenidos a través de las revisiones bibliográficas y de la valoración sobre el terreno deben resumirse y presentarse de tal manera que el comité coordinador pueda determinar si una subpoblación o un área geográfica cumple los criterios de selección. Esto se desarrolla mejor en una reunión del grupo de trabajo en la que los equipos de trabajo sobre el terreno presenten sus datos y un miembro del comité coordinador modere el debate sobre qué subpoblaciones y regiones alcanzan los criterios de selección final (Cuadro 4).

Cuadro 4.
Criterios para la selección final de las subpoblaciones y de la cobertura geográfica

- ¿Servirá la subpoblación al propósito de la vigilancia —por ejemplo, seguimiento del comportamiento, las ITS o la infección por el VIH en la población general y en los grupos de población con los mayores niveles de conductas de riesgo—?
- ¿Se puede definir la subpoblación y llegar a ella?
- ¿Es la subpoblación suficientemente grande como para hacer de ella una prioridad?
- ¿Es ésta una subpoblación de vigilancia actual y pueden obtenerse datos sobre tendencias?
- ¿Se realizan intervenciones en esta subpoblación? Si la respuesta es negativa, ¿se está omitiendo una subpoblación importante?
- ¿Beneficiará la vigilancia a la subpoblación? ¿O provocará más daños que beneficios?
- ¿Qué componentes de la vigilancia pueden o deberían realizarse en cada subpoblación (VIH, ITS y/o conductual)?
- ¿Abarcan las regiones geográficas a los puntos “calientes”? y ¿Cómo se comparan con las regiones no seleccionadas?
- ¿Existe un acuerdo en el comité coordinador respecto a las subpoblaciones? ¿Se ha comprometido el comité coordinador para dar a conocer y usar los datos?
- ¿Hay recursos financieros y humanos adecuados para la vigilancia en todas las subpoblaciones y áreas geográficas? De no haberlos, ¿cuáles son las prioridades y por qué?

Es absolutamente indispensable contar con un sistema para examinar atentamente las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia. El Cuadro 4 muestra varios ejemplos (no todos) de preguntas que necesitan responderse cuando se seleccionen las subpoblaciones. Los comités coordinadores de la vigilancia deben decidir qué sistema usarán para limitar y luego tomar decisiones finales sobre las subpoblaciones y la cobertura geográfica antes de comprometerse en el proceso. Aunque tener información sobre muchas subpoblaciones puede resultar interesante esto no es necesario para monitorizar el curso general de la epidemia, siempre que se elijan las subpoblaciones sensatamente. Cabe recordar que, aunque la vigilancia es importante, cuanto más tiempo y financiamiento se asignen a la vigilancia menos quedará para las intervenciones prioritarias.

A veces hay patrocinantes que se ofrecen a financiar la vigilancia en provincias o subpoblaciones particulares. Esto no debería disuadir al comité coordinador de llevar a cabo todo el proceso de selección de subpoblaciones y regiones. El comité coordinador debería tomar las decisiones sobre las subpoblaciones y las provincias basándose primeramente en criterios epidemiológicos. Luego se debería alentar a los patrocinantes para que participen en el sistema de vigilancia ya que el sistema cubrirá frecuentemente sus grupos o áreas prioritarios.

Si éste no fuera el caso y existiera una considerable actividad de intervención en regiones no incluidas en la vigilancia entonces es preciso tener en cuenta las razones por las que no ha ocurrido esta superposición de la cobertura. ¿El sistema de vigilancia o quienes lo aplican están omitiendo algo? Al final, ejercer un efecto multiplicador en el financiamiento nacional e internacional de la vigilancia es mucho más fácil si el sistema está bien planificado que si está obligado a responder a las necesidades selectivas de determinadas organizaciones.

Desarrollo de definiciones operativas claras

Después de revisar la información pueden seleccionarse las subpoblaciones finales. Por lo general, estarán incluidas las subpoblaciones que suelen asociarse a la transmisión del VIH (por ejemplo, trabajadores sexuales y consumidores de drogas). Sin embargo, incluso es necesario definir claramente estos grupos y, además, deben considerarse también otras subpoblaciones, como los “clientes de los trabajadores sexuales” y los “migrantes”. Estos dos últimos grupos son muy difíciles de definir y de acceder a efectos de la vigilancia.

Las definiciones operativas explican claramente como está compuesta la subpoblación. Comúnmente, describen un grupo de población a través de sus conductas de riesgo, su ocupación, el patrón de desplazamiento o la utilización de los establecimientos de salud (como personas atendidas en consultorios para ITS o consultorios de atención prenatal). Estas definiciones deben ser concisas para conocer exactamente el universo de la población, determinar los métodos de muestreo y medir algo muy importante que son las tendencias en la misma población con el transcurso del tiempo.

Ejemplos de definiciones operativas: ¿buenas o deficientes?

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

Definición deficiente: Hombres que practican el coito anal con otros hombres.

La población más complicada y vaga para definir es la de los “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres”. Este término incluiría a todos los hombres que han mantenido un coito anal con otros hombres en cualquier momento de su vida. En este caso, es importante remitirse al propósito de la vigilancia y a los criterios de selección de subpoblaciones. ¿Por qué los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres tienen interés a efectos de

vigilancia? El coito anal sin protección es una vía eficiente de transmisión del VIH y los hombres que tienen múltiples parejas sexuales, ya sean hombres o mujeres, son sumamente vulnerables y pueden actuar como puente para la transmisión del VIH a otras subpoblaciones. Algunas subpoblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres presentan niveles de conductas de riesgo más elevados que otras. Si estas subpoblaciones son parte de los grupos de interés para la vigilancia entonces esto deberá manifestarse en la definición operativa.

Mejor definición: Hombres mayores de 15 años de zonas urbanas que han solicitado compañeros sexuales profesionales y no profesionales en lugares de paseo en el último año.

Esto restringe la definición a los hombres que pueden haber tenido múltiples compañeros sexuales. El alcance geográfico también puede limitarse a los hombres de las zonas urbanas. No obstante, esta definición también presenta problemas. ¿Cómo puede determinarse si están ofreciendo o solicitando servicios sexuales remunerados? ¿Cómo puede llegarse a ellos? ¿Cómo pueden someterse a muestreo? Las definiciones operativas de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deben tener todo esto en cuenta y, a veces, puede ocurrir que la definición deba ajustarse al tipo de muestreo que sea factible. Evidentemente, la vigilancia de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres requiere una evaluación muy detallada antes de iniciarse.

Hombres trabajadores migrantes estacionales

Definición deficiente: Hombres que emigran a países vecinos por razones laborales y que periódicamente vuelven a sus comunidades de origen.

La valoración previa a la vigilancia tiene que haber suministrado una información considerablemente mayor acerca de quiénes son estos hombres, desde dónde están migrando (comunidades de origen), hacia dónde están migrando (comunidades de destino), qué tipos de trabajo realizan, qué actividades de riesgo desarrollan y con qué frecuencia regresan a sus comunidades de origen, entre otras cosas. Si no se cuenta con esta información no se puede definir adecuadamente la subpoblación y mucho menos se puede llegar a ella a efectos de vigilancia.

Mejor definición: Hombres de 15-49 años que trabajan sin estar debidamente registrados en un país dado durante al menos tres meses al año y que vuelven a sus comunidades de origen al menos una vez al año.

Esta definición incluye a una amplia gama de migrantes transfronterizos y establece parámetros sobre qué tipo de migración se considera de mayor riesgo para los varones y para sus comunidades de origen. No se sabe lo suficiente sobre su ocupación laboral exacta en otro país por lo que se puede obtener este tipo de información durante la valoración sobre el terreno. La valoración debería identificar dónde viven estos hombres para que la zona de cobertura geográfica pueda determinarse correctamente. También debería indicar cuándo es probable que los hombres regresen a su hogar para poder programar adecuadamente la obtención de datos (si se realizara en las comunidades de origen).

La selección de la subpoblación no tiene que desarrollarse plenamente antes de determinar las definiciones operativas. El proceso de crear definiciones frecuentemente ayuda a seleccionar las subpoblaciones. Por ejemplo, si se están definiendo las subpoblaciones de posibles clientes de trabajadores sexuales y la valoración sobre el terreno o la información sobre la población general identifican múltiples grupos de clientes entonces no se puede

(ni es necesario) seleccionar a todos los posibles grupos de clientes (como personal militar, miembros de la policía, camioneros, empleados del gobierno, maestros, trabajadores del sector de la pesca, obreros de la construcción, trabajadores de plantaciones de té y trabajadores de canteras) sino que bastará con un subgrupo de éstos. El proceso de valoración puede mostrar que unos grupos son clientes más frecuentes que otros o que son muy similares. Al determinar la definición operativa algunos clientes pueden ser más fáciles de clasificar y de someter a muestreo y pueden servir para representar a un grupo de clientes más impreciso.

Si no surge ninguna subpoblación que tenga una proporción alta de miembros que soliciten servicios sexuales remunerados entonces los clientes de los trabajadores sexuales sometidos a muestreo directamente en los sitios donde se ofrecen servicios sexuales remunerados pueden considerarse como una subpoblación a efectos de vigilancia. A veces podría ser el único enfoque políticamente aceptable, incluso aunque esté menos claro hacia qué población pueden generalizarse los datos.

Definiciones de subpoblaciones estandarizadas versus específicas de cada país

Dado que frecuentemente se determinan indicadores nacionales en lugar de indicadores subregionales para cumplir con los requisitos en materia de notificación mundial ocurre que, a veces, se seleccionan subpoblaciones basándose en definiciones excesivamente estandarizadas de las guías sobre notificación. El proceso previo a la vigilancia muestra que cada país es único. Ciertos tipos de comportamiento condicionan la transmisión del VIH pero las subpoblaciones que tienen dichos comportamientos no encajan en un esquema universal.

La vigilancia debe ser beneficiosa para el país y la definición de las subpoblaciones basada en lo que está haciendo un país vecino solo a efectos de comparación no resulta provechoso para el país. Las definiciones muy claras de las subpoblaciones van a aliviar francamente la relación, a veces conflictiva, de las prioridades subnacionales, nacionales e internacionales. Por ejemplo, los jóvenes vendedores de alimentos pueden tener en un país determinado un nivel más alto de conductas de riesgo que otros jóvenes que no están escolarizados. Si eso es lo que son — jóvenes vendedores de alimentos — hay que denominarlos así; no hay que denominarlos (y registrarlos) como jóvenes de la población general sólo para rellenar un casillero. Tampoco hay que excluirlos del sistema de vigilancia a favor de los jóvenes de la población general si la epidemia no ha progresado hasta el punto que sea necesario incluir a todos los jóvenes.

No obstante, la comparación de los indicadores entre países y continentes brinda una poderosa herramienta para delinear las etapas cambiantes de la epidemia en diferentes áreas del mundo y para determinar qué estrategias de intervención pueden estar funcionando (o no). Definir claramente las subpoblaciones que deben someterse a vigilancia cuando se informa sobre los indicadores permite que las organizaciones internacionales determinen qué es comparable y qué no.

Conclusiones

Esta publicación ha intentado presentar un proceso mediante el cual los países pueden planificar sistemas de vigilancia que les permitan: 1) comprender la evolución de la epidemia de infección por el VIH, 2) responder con inteligencia para frenar la propagación del VIH, 3) saber dónde han tenido éxito y dónde han fracasado sus programas, 4) acopiar los argumentos necesarios para abogar por políticas que apoyen los esfuerzos para reducir la propagación del VIH en lugar de obstaculizarlos, y 5) movilizar los recursos suficientes para la respuesta.

A pesar que las guías internacionales para la vigilancia de la infección por el VIH han colaborado para la presencia de sistemas de vigilancia que se adapten mejor a las condiciones específicas de la epidemia muchos países todavía no cuentan con los datos necesarios para comprender como están evolucionando las epidemias o dónde deben focalizar sus esfuerzos para detener la propagación del VIH.

Existirán deficiencias de datos debido a la pobre planificación, la escasa atención del control de calidad y la mala utilización de recursos al realizar en forma duplicada la obtención de datos mientras se permita que se mantengan esos agujeros de deficiencias en materia de datos. Los socios con recursos para la vigilancia están asignando cada vez más prioridad a sus propias necesidades de datos, recogen evidencia que se relaciona directamente con sus propios programas sin tener en cuenta si en el país se está haciendo lo suficiente para reducir la epidemia.

Este tipo de problemas no tendría que existir si los socios en materia de vigilancia sincronizaran sus esfuerzos a través de un organismo coordinador encabezado por el programa nacional para el control del sida que ayudaría a identificar las deficiencias en materia de datos y a establecer prioridades respecto a las necesidades de datos. Además, emplear tiempo y recursos en una planificación meticulosa de la vigilancia es de vital importancia de manera que puedan hacerse las elecciones apropiadas acerca de cuándo, dónde y a quiénes dirigir la vigilancia así como también qué datos deben recolectarse y cuáles son los métodos que deben usarse.

La conciencia de la importancia de las actividades previas a la vigilancia ha crecido y se ha arraigado en los métodos de vigilancia de muchos países. La orientación que aquí se ha expuesto es el resultado de la experiencia adquirida con las actividades realizadas en muchos países para planificar efectivamente la vigilancia y, por último, para responder lo mejor posible a la epidemia de infección por el VIH.

ANEXO 1. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA VALORACIÓN SOBRE EL TERRENO

La valoración sobre el terreno contiene técnicas de obtención de datos principalmente cualitativos, incluyendo entrevistas exhaustivas con informantes clave y observaciones. Según se describe en el módulo, la valoración sobre el terreno está diseñada para recopilar información sobre cualquiera (o todos) de estos elementos:

- confirmación que las subpoblaciones seleccionadas tienen conductas de alto riesgo;
- determinación del tamaño aproximado de las subpoblaciones seleccionadas en áreas de cobertura geográfica seleccionadas, puede incluir mapeo preliminar;
- recopilación de información que ayudará a definir las subpoblaciones seleccionadas;
- desarrollo de definiciones operativas y determinación de los criterios de inclusión;
- determinación de la factibilidad para desarrollar la vigilancia en subpoblaciones seleccionadas, incluyendo la accesibilidad, la voluntad de participar, el daño potencial a la subpoblación y las posibles estrategias de muestreo; y
- recopilación de información que ayude a orientar el trabajo sobre el terreno, como quiénes son las personas que actúan como “filtro” de acceso, qué idiomas se hablan, y cuáles son los patrones de desplazamiento, los lugares y los momentos de mayor accesibilidad a la población que debe someterse a vigilancia.

Ejemplo

Imagínese que estaba investigando cómo definir a las trabajadoras sexuales y determinar si es necesario incluir a más de una subpoblación en la vigilancia. No tendría mucho sentido entrevistar a personas seleccionadas aleatoriamente de la subpoblación para responder a su pregunta. Por el contrario, usted tendría que determinar quién podría proporcionarle mejor la información que usted necesita. Entre los informantes se puede incluir a las trabajadoras sexuales, las organizaciones no gubernamentales que trabajan con ellas, los dueños de bares y prostíbulos, proxenetas, entre otros. Cuando se ha determinado el tipo de informante, y basándose en su competencia como tal, se seleccionará a las personas a las que se debe entrevistar. Un buen informante es alguien que conoce el tema, con quien se puede hablar fácilmente, que conoce la información que usted necesita y que está dispuesto a proporcionársela.

A diferencia de las encuestas cuantitativas, el tamaño de la muestra para la investigación cualitativa no se calcula previo a la obtención de datos. Una manera común de determinar el tamaño de la muestra en la investigación cualitativa se conoce como muestreo teórico o de saturación. Esto implica seguir entrevistando a los informantes hasta que ya no se obtenga nueva información. Por ejemplo, podríamos pedirle a los informantes que enumeren todos los tipos de lugares que conozcan donde las trabajadoras sexuales ofrecen sus servicios. Cuando las listas comienzan a ser repetitivas y los informantes no proveen información nueva se habrá alcanzado un tamaño de muestra adecuado. En lo que respecta a los trabajadores sexuales puede considerarse que conocer sus diversos tipos forma parte del acervo cultural común por lo que probablemente bastará con un puñado de buenos informantes para obtener un listado completo de dichos tipos.

Una vez que se hayan identificado los diversos tipos de trabajadores sexuales puede considerarse la necesidad de ser separados en diferentes grupos de vigilancia. Para ello es preciso saber si el tipo de trabajo sexual afecta el riesgo y la transmisión. Esto se estudia mejor usando cuestionarios semiestructurados abiertos. Las preguntas de respuesta abierta no tienen respuestas predeterminadas que puedan ser elegidas por los encuestados. En cambio, los encuestados pueden responder espontáneamente y con sus propias palabras. El uso de preguntas de final abierto permite tratar los temas con mayor profundidad y puede estimular la respuesta reflexiva y el sondeo por parte de los entrevistadores. A menudo es necesario realizar un sondeo para evitar respuestas incompletas o irrelevantes que no puedan ser interpretadas. Se estimula a los entrevistadores para que se aparten de la guía cuando sea necesario de modo que puedan seguir nuevas pistas sobre el tema. Estos métodos contrastan con la investigación cuantitativa que intenta garantizar que a cada informante se le pregunte exactamente lo mismo y de la misma manera.

Por ejemplo, si una investigación descubriera dos clases principales de trabajadores sexuales, los que trabajan en prostíbulos y los que lo hacen en la calle, antes de clasificar a una o a ambas clases como subpoblaciones que deben someterse a vigilancia quizás se quieran dilucidar cuestiones tales como si las trabajadoras sexuales que trabajan en la calle lo hacen habitualmente o de modo ocasional, si trabajan en las mismas calles o van cambiando constantemente, si en ocasiones trabajan también en prostíbulos y si tienen muchos clientes o sólo unos pocos. Éstas y otras cuestiones pueden afectar el perfil de riesgo y la viabilidad de la selección como subpoblación que debe someterse a vigilancia.

Modelo de formulario para valoración sobre el terreno

El formulario A, que se encuentra más abajo, es un ejemplo de una guía de una entrevista abierta estructurada para entrevistar a los informantes clave cuando se recoge información durante una valoración sobre el terreno de las trabajadoras sexuales. Se necesitarán formularios similares para otras subpoblaciones pero deberán adaptarse a esas subpoblaciones.

Instrucciones para el equipo de trabajo sobre el terreno

Las siguientes personas son posibles informantes en lo referente a las trabajadoras sexuales que trabajan en establecimientos (la lista no es completa y depende del contexto):

- dueños de bares, clubes y prostíbulos;
- camareros;
- vendedores que trabajan cerca del establecimiento;
- clientes del establecimiento;
- proxenetas (especialmente en el caso de trabajadores sexuales que trabajan en la calle);
- policía (información suplementaria sobre el número de trabajadores sexuales y su ubicación);
- taxistas;
- personal de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que trabajen con las trabajadoras sexuales.

Formulario A.**Obtención de información para orientar el trabajo sobre el terreno****En la preparación para la vigilancia entre las trabajadoras sexuales*****Introducción (para ser leída a la persona a la que se está entrevistando)***

El Ministerio de Salud de [país X], a través de [nombre del organismo de investigación], en estrecha colaboración con el Comité Nacional contra el Sida de [país X] está llevando a cabo la [vigilancia conductual] o [encuestas integradas de comportamiento, VIH e infecciones de transmisión sexual] en [país X] entre las trabajadoras sexuales en [año en que se está desarrollando la encuesta]. Antes de comenzar esta actividad de vigilancia tenemos que investigar algunos temas importantes para que podamos recopilar la información más útil. Me gustaría tratar estos temas con usted para que nos ayude a diseñar nuestra encuesta. La información que usted y yo tratemos hoy aquí será estrictamente confidencial, y su nombre no se registrará ni se asociará a esta información de ningún modo. ¿Está de acuerdo en que lo entreviste?

(Si la persona está de acuerdo empiece a tratar los temas que se describen a continuación.)

Región o provincia donde se está conduciendo la valoración sobre el terreno:

[Códigos específicos del país]

Ciudad o pueblo:

[Código del área de cobertura geográfica]

Temas que deben tratarse durante la entrevista o conversación**1) Sitios donde las trabajadoras sexuales encuentran clientes**

El propósito es obtener una lista exhaustiva de los diversos tipos de lugares donde las trabajadoras sexuales buscan clientes (y viceversa). Esto se hará pidiendo a los entrevistadores que pregunten a los informantes clave acerca de esos lugares y sondeándolos en busca de todas las respuestas posibles. Después se puede continuar con observaciones en esos puntos de reunión en diferentes días y en diferentes horarios.

La información recopilada se usará para decidir qué tipos de trabajadoras sexuales hay en esta zona, cómo podrían dividirse en grupos de población y cuál es el mejor método de muestreo que debe usarse en la encuesta principal. El entrevistador debe investigar si la mayoría de las trabajadoras sexuales usan sitios o puntos de reunión para encontrar clientes o si lo hacen a través de canales indirectos, como el teléfono móvil, internet, los proxenetas u otros. Esto ayudará a determinar cuál será la mejor estrategia de muestreo.

2) Días y horas de mayor actividad en cuanto al trabajo sexual, el desplazamiento y la migración

La finalidad es determinar los días de la semana y las horas del día en los que más frecuentemente las trabajadoras sexuales están presentes en los sitios que ya se han enumerado. (En este formulario la pregunta es general pero, más tarde, durante el desarrollo del marco de muestreo se necesitará información detallada de cada sitio). Los entrevistadores deben investigar si las mujeres tienden a trabajar en un sitio o si se trasladan de un sitio a otro. En caso que así lo hicieran, ¿con qué frecuencia lo hacen? ¿están presentes en varios sitios diferentes en un mismo día? ¿trabajan en sitios diferentes en diferentes días? ¿se trasladan entre distritos o áreas de cobertura geográfica? (por ejemplo, ¿trabajan varias semanas o varios meses en un distrito, una provincia o un "punto caliente" y luego se mueven a otro diferente, o bien se mantienen en un solo distrito?)

La información que se recolecte aquí será utilizada para contribuir a determinar el número exacto de veces que los equipos trabajarán sobre el terreno durante la encuesta principal. También se usará como ayuda para decidir si los sitios deben someterse a muestreo una o varias veces, para saber si diferentes mujeres están presentes en los sitios en diferentes días o si las mismas mujeres están presentes repetidamente si se visita el sitio en múltiples ocasiones. Además, observar si las mujeres se trasladan de una zona de cobertura geográfica a otra también determinará si es probable que las mismas mujeres se sometan a muestreo en diferentes zonas.

3) Entorno para la entrevista o recolección de muestras

El objetivo es recopilar información acerca de las condiciones ideales para la entrevista o la recolección de muestras. Durante esta parte de la conversación los entrevistadores deben determinar si las trabajadoras sexuales están dispuestas a ser entrevistadas durante 30-40 minutos acerca de su conducta sexual, es decir, si es factible hacerlo, y en tal caso, cuál sería la mejor hora del día y el lugar ideal para realizar la entrevista. También deben averiguar si las trabajadoras sexuales estarían dispuestas a aportar una muestra biológica (como sangre u orina) o a someterse a un examen físico (exploración con espéculo) para descartar infecciones de transmisión sexual y, nuevamente, cuál sería un buen lugar para llevar a cabo esta parte de la encuesta. (Los informantes clave quizás no puedan suministrar esta información de manera que no es necesario hablar de esto con cada informante clave.)

Los entrevistadores también deben averiguar qué idiomas tendrá que hablar el personal de la encuesta, determinando cuál es el idioma con el que se sienten más cómodas las trabajadoras sexuales. También se debe observar si alguna trabajadora sexual no hablara el idioma o los idiomas locales. Por último, los entrevistadores intentarán determinar el tipo de entrevistadores con los cuales las trabajadoras sexuales se sentirían más cómodas hablando (hombre o mujer, de mayor o menor edad, de la zona o no, trabajadores del gobierno o no, trabajadores de salud o no, e incluso también cómo deberían vestir, etc.).

La información recopilada aquí se usará para ayudar a planificar la encuesta principal en lo que se refiere a dónde y cuándo recopilar los datos, qué tipo de entrevistadores deben contratarse, qué aptitudes relativas al idioma serán necesarias, etc..

4) Tipos de parejas sexuales

La finalidad es determinar qué tipo de compañeros sexuales tienen las trabajadoras sexuales y cómo los llaman. Ésta debe ser una pregunta de respuesta abierta. Se tiene que permitir que definan los tipos de parejas y no hacerlo por ellas. Sin embargo, puede ser necesario investigar más profundamente para determinar qué tipos de clientes tienen (regulares o esporádicos). ¿Qué parejas sexuales tienen que no sean clientes? Pueden ser novios, conocidos eventuales u otros tipos de compañeros regulares como cónyuges, compañeros o compañeras con los que convivan. Los entrevistadores deben intentar encontrar términos apropiados para referirse a estos diferentes tipos de parejas de modo que las trabajadoras sexuales puedan entenderlos fácilmente. Si fuera posible, los entrevistadores también buscarán información sobre los tipos de relaciones sexuales que realizan (vaginales, anales u orales). Esto no debe discutirse con todos los informantes pero si la conversación es fluida y distendida entonces pueden abordarse este tipo de cuestiones.

La información obtenida se utilizará para mejorar el cuestionario para las trabajadoras sexuales durante la encuesta principal.

5) Número de trabajadoras sexuales

El propósito de esta parte de la conversación es determinar aproximadamente cuántas mujeres ofrecen sus servicios sexuales en esta área de cobertura geográfica. No se necesita una cifra exacta sino más bien un intervalo. Por ejemplo, ¿"hay más de 50 pero menos de 100" trabajadoras sexuales en esta zona? En el caso de haber más de 100, ¿hay al menos 1.000? ¿o hay más de 100 pero mucho menos de 1.000? ¿varía esta cifra según la estación del año? (por ejemplo, ¿habría menos cantidad después de la temporada de lluvias?).

La información se usará para ayudar a los planificadores de la vigilancia a conocer aproximadamente cuántas trabajadoras sexuales podrían ser entrevistadas en cada área de cobertura geográfica, lo que ayudará a planificar el trabajo sobre el terreno.

Al finalizar la conversación, por favor controle que usted ha abarcado todos los temas.

Asegúrese que ha registrado el nombre de la región, la ciudad o pueblo y el área de cobertura geográfica en el formulario de la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Second generation surveillance for HIV: the next decade*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2000 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/pub3/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
2. *Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeat behavioral surveys in populations at risk of HIV*. Arlington, VA, Family Health International, 2000.
3. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2003 (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/anc_guidelines/en, último acceso el 1 de agosto de 2005).
4. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2004 (<http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/hivpubepidemiology/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
5. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Estimating the size of populations at risk for HIV: issues and methods*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2003 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/pub336e/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
6. TB/HIV Working Group of the Global Partnership to Stop TB, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/guidelines/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
7. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 1999 (<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pubstigidelines/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
8. Pervillac C et al. *Using HIV surveillance data: recent experiences and avenues for the future*. AIDS, 2005, 19(supl. 2):S53–S58.
9. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for conducting integrated HIV analysis*. En redacción.
10. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2002 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/surveillance/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
11. *Estimation of the incidence and prevalence of sexually transmitted infections. Report of a WHO consultation, Treviso, Italy, 27 February–1 March 2002*. Geneva, World Health Organization 2002 (<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pubtreviso/en>, último acceso el 1 de agosto de 2005).
12. Grosskurth H et al. *Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: Understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials*. Lancet, 2000, 355:1981–1987.

13. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (en prensa).
14. Pisani E et al. Back to basics in HIV prevention: focus on exposure. *BMJ*, 2003, 326:1384–1387.
15. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STI Surveillance. *Sampling techniques for HIV surveillance*. En redacción.
16. Weir SS et al. A pilot study of a rapid assessment method to identify places for AIDS prevention in Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 2002, 78 (suppl. 1):106–113.

Valoración previa a la vigilancia



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Para mayor información, contactar con
Organización Panamericana de la Salud
Departamento de VIH/sida
525 23rd, Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
U.S.A.