7 Pasos para utilizar información rutinaria para mejorar programas de VIH/SIDA

Una Guía para proveedores
y administradores de
programas de VIH/SIDA

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MEASURE
Evaluation

7 Pasos para utilizar información rutinaria para mejorar programas de VIH/SIDA

Una Guía para proveedores y administradores de programas de VIH/SIDA

por Nicole R. Judice

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo generoso del pueblo norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID). Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

MEASURE Evaluation

MEASURE Evaluation es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por medio del Acuerdo Cooperativo GHA-A-00-08-00003-00, y está siendo implementado por Carolina Population Center de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en asociación con Futures Group International, ICF Macro, John Snow, Inc., Management Sciences for Health y la Universidad de Tulane.

October 2012 (ms-09-38-es).

Reconocimientos

El autor reconoce y expresa su más sincera gratitud por las contribuciones de varios individuos y organizaciones al diseño y conceptualización de la presente guía. Sandhya C. Rao, consultora independiente, brindó percepciones esenciales a la definición del propósito y contenido de la guía e involucró la participación de una variedad de individuos y organizaciones durante este proceso.

A continuación se nombra a los individuos que fueron consultados durante las etapas iniciales de desarrollo y que orientaron al Equipo en reflejar las necesidades de los Programas de VIH/SIDA: Lanette Burrows, Farley Cleghorn, Dauda Sulaiman Dauda, R. Scott Moreland, Florence Nyangara, Walter Obiero, y Johannes van Dam de Futures Group International; Bamikale Fayesitan y Sara Pacque-Margolis de la Fundación Pediátrica de SIDA Elizabeth Glaser; Heidi Reynolds de Carolina Population Center en la Universidad de North Carolina en Chapel Hill; Rashad Massoud y Nigel Livesley, University Research Co., LLC; Julia Roberts, Population Services International; Inoussa Kabore, Family Health International; y Sheryl Martin, consultora independiente.

Karen Foreit y Shannon Salentine ofrecieron su liderazgo reflexivo a través del desarrollo de la guía y Teresa Harrison, Elizabeth Snyder, y Katrina Dusek contribuyeron a secciones especificas de la guía.

Los siguientes individuos aportaron ejemplos ilustrativos que se reflejan en la versión actual de la guía, contribuyeron a la conceptualización de la guía o, serán añadidos a la guía o materiales de capacitación que acompañarán la guía en el futuro: Inoussa Kabore de Family Health International; Francois Kitenge y Stanley Mushamba de la Fundación Pediátrica de SIDA Elizabeth Glaser; Ibrahim Kirunda de University Research Co., LLC; AIDS Relief Project; y Partha Haldar de la Organización Mundial de la Salud /Oficina Regional de Asia Sur-Oriental (OMS/SEARO).

Victoria Agbara, Silvia Alayon, Dauda Sulaiman Dauda, Karen Foreit, Teresa Harrison, Elizabeth Snyder, Scott Moreland, Tara Nutley y Heidi Reynolds revisaron la guía en múltiples ocasiones durante su desarrollo. Samhita Brown, Katrina Dusek y Elizabeth Snyder asistieron con editar, formatear, diagramar y diseñar.

Se agradece especialmente a la Oficina de Salud de la USAID/Honduras, que a través del Proyecto "Fortalecimiento de la Demanda de Datos y Uso (DDU) para la toma de Decisiones en el Nivel Central y Regional de la Secretaria de Salud de Honduras" apoyó este esfuerzo de traducción del documento original en inglés, a Martha Guillén Pendrey, por la traducción, a María del Carmen Miranda y a Ramón Enamorado por la revisión detallada de la traducción en función de su consistencia con el original, tanto en contenido como en formato y diseño, a Melba R. López por su apoyo en la incorporación electrónica de las ediciones, y a Hélène Ramos Montgomery por la revisión final de la traducción.

Tabla de Contenido

Acrónimos iii

DESCRIPCIÓN GENERAL 1

LOS SIETE PASOS 9
Paso 1: Identificar las preguntas de interés 11
Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés 18
Paso 3: Identificar las necesidades de datos y las fuentes potenciales 20
Paso 4: Transformar datos en información 24
Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones 27
Paso 6: Elaborar las soluciones y tomar acción 29
Paso 7: Continuar monitoreando los indicadores claves 33

EJEMPLOS ILUSTRATIVOS 35
Consejería y pruebas de VIH 37
Prevención de la transmisión vertical del VIH—Consejería 48
Prevención de la transmisión madre-a-hijo del VIH—Retención y desempeño 54
Demostrando los resultados del monitoreo de un programa de TAR a través de un análisis de cohortes 60
Monitoreo de las pérdidas de clientes en TAR 67
Apoyo y cuidados 70
Niños Huérfanos y Vulnerables 76

GLOSARIO 81

BIBLIOGRAFIA 89

APENDICE I: HERRAMIENTAS DE APOYO 93
Como Calcular una Tasa 95
Calcular una proporción y porcentaje 96
Calcular una media (o promedio) 97
Calcular una mediana 98
Calcular una cobertura 99
Evaluar un programa de retención 100
Resumir los datos 101

APENDICE II: HOJAS DE TRABAJO EN BLANCO 107
Guía de discusión (Paso 1) 109
Matriz de análisis de actores (Paso 1) 111
Plan de participación de actores (Paso 1) 114
Hoja de trabajo para priorizar (Paso 2) 117
Guía de discusión (Paso 5) 118
Hoja de trabajo de calificación de soluciones prioritarias (Paso 6) 120
Programa del Plan de acción (Paso 6) 121
Marco para vincular los datos de la acción (Guía general del proceso) 122

Acrónimos

CP	Control prenatal
TAR	Terapia antirretroviral
ARV	Antirretroviral
EVC	Encuesta de vigilancia del comportamiento
OBC	Organización de base comunitaria
CDA4	Linfocito CD4
EDS	Encuesta demográfica y de salud
CPV	Consejería y pruebas de VIH
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
M&E	Monitoreo y evaluación
MEASURE	Monitoreo y evaluación para evaluar y utilizar los resultados
MOH	Secretaria de salud
ONG	Organización no gubernamental
NHV	Niños huérfanos y vulnerables
PVVS	Personas viviendo con el VIH y SIDA
PTV	Prevención de transmisión vertical (del VIH)
TB	Tuberculosis
PCV	Prueba y consejería voluntaria
OMS	Organización mundial de la salud

Descripción General

En todo el mundo, los individuos, organizaciones y gobiernos con regularidad toman decisiones que inciden en la salud y bienestar de sus comunidades. Se recolecta una variedad de datos acerca de las poblaciones, necesidades, servicios brindados y los recursos que se necesitan para proveer servicios de salud. Por muchos motivos, los individuos, organizaciones y gobiernos toman las decisiones sin considerar adecuadamente esta información y datos pertinentes que están disponibles. Como resultado, muchos sistemas de salud no vinculan plenamente la evidencia con las decisiones y sufren de una reducida habilidad para responder a las necesidades prioritarias en todos los niveles del sistema de salud.

Este documento presenta los pasos concretos y ejemplos ilustrativos que pueden usarse para facilitar el uso de información como parte de los procesos de toma de decisiones que guían el diseño y gestión de programas y la provisión de servicios en el sector salud. De manera específica, el documento delinea siete pasos para el uso de información que ayudaran a enfocarse en los obstáculos que se presentan al usar los datos que regularmente son recopilados, y lo hará mediante orientación en cómo:

- Vincular las preguntas que son de interés para gerentes de programas y proveedores con los datos existentes;
- Analizar, gráficar e interpretar los datos, y
- Continuar monitoreando los indicadores claves para informar las mejoras.

En la toma de decisiones, estos enfoques pueden propiciar un uso más estratégico y efectivo de los datos e información rutinaria de salud, sean decisiones que se toman con regularidad, o una sola vez, simples, complejas, menores o criticas. En todo el mundo, la efectividad de programas de VIH/SIDA depende de la habilidad que tengan los gerentes de programas y proveedores de servicios para identificar las necesidades que existen en las comunidades que sirven y de la comprensión que tengan del nivel de sus programas para satisfacer estas necesidades. Los sistemas de información rutinaria pueden ayudar. Aunque se recopile una gran cantidad de información rutinaria a nivel de los centros de salud, mucha de esta información simplemente se compila y se envía a otro lugar para informar algún reporte. Con frecuencia, los gerentes de programas y proveedores no tienen la capacidad, tiempo o recursos para analizar los datos que ellos recolectan con el fin de monitorear la entrega de servicios o diagnosticar los problemas e identificar nuevas estrategias para mejorar los servicios de salud.

SIETE PASOS PARA UTILIZAR LA INFORMACIÓN RUTINARIA PARA MEJORAR LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA

Paso 1: Identificar las preguntas de interés
Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés
Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales
Paso 4: Transformar los datos en información
Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones
Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción
Paso 7: Continuar monitoreando los indicadores claves

1.1 ¿Qué es esta Guía?

Esta guía presenta siete pasos que ayudan a gerentes de programas y proveedores a utilizar la información de salud existente para mejorar los programas de VIH/SIDA. Los pasos y ejemplos pueden usarse para fortalecer la toma de decisiones programáticas a nivel del centro de salud y de la comunidad. Al usar esta guía, los gerentes de programas y proveedores podrán usar los datos para:

- identificar y comprender las tendencias y necesidades de entrega de servicios de VIH/SIDA;
- planificar y establecer de forma más efectiva las prioridades de actividades a nivel del centro y de la comunidad;
- apoyar cambios en los programas y entrega de servicios;
- apoyar las solicitudes de recursos adicionales como personal, suministros, medicinas, transporte y combustible;
- justificar cambios en políticas técnicas, administrativas o financieras que afectan los servicios de VIH/SIDA;
- tomar decisiones basadas en evidencias clínicas;
- facilitar la rendición de cuentas a donantes por los recursos utilizados; e
- involucrar a los líderes comunitarios comunicando de mejor manera la importancia de los servicios de VIH/SIDA y de comportamientos saludables.

Muchos gerentes de programas y proveedores ya tienen una idea general de los desafíos que enfrentan cuando brindan servicios de salud. No obstante, el uso de datos de salud puede imprimir precisión al proceso de:

- diagnosticar y resolver los desafíos,
- rastrear eficiente y sistemáticamente los cambios en los programas de salud y desempeño de los servicios
- abogar por recursos adicionales.

Esta guía provee siete pasos para identificar las preguntas claves de interés y los datos que se necesitan para responder a esas preguntas. La guía también ayuda a los gerentes de programas a analizar, interpretar y utilizar la información de rutina para mejorar los programas de VIH y en la toma de decisiones. La guía comienza con una perspectiva general de los Siete Pasos para utilizar la información y luego ofrece ejemplos específicos para ilustrar el proceso. Así mismo, la guía incluye dos apéndices. El primer apéndice consiste de guías de tareas que explican detalladamente la forma de conducir distintos tipos de análisis básicos requeridos en la guía. El segundo apéndice son las hojas de trabajo que se pueden fotocopiar para que los equipos las usen para facilitar los Siete Pasos.

1.2 ¿Qué tipo de preguntas pueden ser contestadas al usar esta guía?

Esta guía ayudará a contestar preguntas acerca de la cobertura, calidad y retención de clientes en los servicios de VIH/SIDA. Responder a estas preguntas requiere información acerca del número y tipo de personas que se atienden, la calidad de los servicios ofrecidos y los esfuerzos del programa para operar con eficiencia. A continuación se ofrecen algunas de las preguntas que enfrentan los programas cuando diseñan, implementan y mejoran los servicios que brindan. Los Siete Pasos descritos en esta guía ayudarán a que los programas comiencen a enfocarse en estas preguntas usando los datos e información que se recopilan de forma rutinaria. Es importante señalar que los datos que se recopilan de manera rutinaria no siempre ofrecen respuestas completas a las preguntas. Con frecuencia, se requerirá de datos adicionales para fortalecer el proceso de toma de decisiones.

Las fuentes de datos no rutinarios, como los censos, encuestas u otras fuentes de datos demográficos, también pueden usarse en conjunto con los datos rutinarios para responder a las preguntas y mejorar los programas.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS

Cobertura de los servicios de salud

- ¿Cómo se define nuestra población meta (por ejemplo, por edad, estado de embarazo, condición económica, estado del VIH, ubicación geográfica)?
- ¿Cómo podemos llegar a los clientes que necesitan de nuestros servicios?
- ¿Cuál es la proporción de la población meta que recibe cualquiera de nuestros servicios? ¿Cuál es la proporción de la población que recibe todos los servicios que necesita?
- ¿Cómo podemos satisfacer las necesidades de las personas que no están recibiendo cuidados de salud?

Calidad de los servicios de salud

- ¿Estamos brindando el paquete mínimo de servicios según la definición de estándares nacionales y/o internacionales?
- ¿Están los proveedores cumpliendo con los estándares de salud acordados?
- ¿Se mantiene estable el número de clientes nuevos a través del tiempo o se está incrementando o reduciendo?
- ¿Los clientes están optando por continuar recibiendo los servicios?

Retención del programa

- ¿Estamos reteniendo los clientes en cada uno de los pasos de los servicios que se brindan?

1.3 ¿Quiénes pueden usar esta Guía?

Esta guía es para personas que realizan o abogan por cambios en los programas relacionados con el VIH/SIDA en el ámbito sub-nacional. Esto incluye a gerentes de ONG (organizaciones no gubernamentales), autoridades del Ministerio de Salud (MS) a nivel regional y municipal, oficiales de información estratégica y de monitoreo y evaluación (M&E), y proveedores de salud como son los médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y trabajadores de salud comunitaria.

Aunque los individuos pueden usar esta guía por su propia cuenta, un enfoque participativo con la participación de los usuarios y productores de datos puede ayudar a asegurar que las mejoras a programas y servicios se implementen finalmente y que se incluyan las experiencias y aprendizajes de todos los programas y centros.

EL ENFOQUE PARTICIPATIVO

El M&E Participativo involucra la reconsideración de quien inicia e implementa el proceso de M&E y de quien puede usar la información. Todas las partes interesadas pueden y deben estar involucradas en identificar sus propias necesidades y prioridades; en recopilar, analizar e interpretar los datos; y en tomar acción para atender los problemas e inquietudes.

Los usuarios de datos son individuos que:
- toman decisiones,
- desarrollan políticas y planes,
- formulan mensajes de incidencia o abogacía , o
- proveen servicios o manejan programas.

Los productores de datos son individuos que:
- conducen investigaciones;
- recopilan datos primarios en el curso de proveer un servicio especifico o entregar alguna intervención programática; o
- compilan, analizan, interpretan, o comunican los datos e información.

Algunas veces los usuarios y productores de datos son las mismas personas pero con frecuencia no lo son. Es importante que los usuarios y los productores de datos entiendan las necesidades y limitaciones que tiene cada quien, que encuentren puntos en común, que compartan los datos de manera abierta, y que identifiquen nuevas oportunidades para usar los datos y la información.

Muchos programas enfrentan limitaciones significativas de recursos—financieros, materiales y humanos—y limitaciones en las capacidades de su personal y sistemas de salud para satisfacer las necesidades de salud de manera consistente. No obstante, un programa que ya reporta los indicadores de VIH/SIDA recolectados comúnmente a un gobierno o donante, ya tiene probablemente los recursos y capacidad que se necesitan para implementar este método.

1.4 ¿Cómo se debe usar esta Guía? Dialogo entre los usuarios y productores de datos

Un hilo común en el tejido de los enfoques descritos en esta guía es el involucramiento de los usuarios de datos como de los productores de datos.

Cuando los usuarios y productores de datos trabajan juntos, llegan a darse cuenta de las distintas fuentes de datos que están disponibles y se hacen conocedores de la calidad de datos producidos. Tienen la oportunidad de identificar y discutir preguntas y asuntos programáticos claves y hacer conexiones entre estos y los datos disponibles en sus distrito o sus centros. Pueden además analizar e interpretar juntos los datos para responder a estas preguntas programáticas. Al tomar decisiones informadas por datos, entonces nos damos cuenta que los actores claves han "aceptado" la decisión y es más probable que hagan cambios.

1.5 ¿Cuándo podemos utilizar esta guia?

Se puede usar el proceso descrito en esta guía en cualquier punto de la planificación e implementación de programas. Algunos programas pueden elegir implementar este proceso anualmente para informar la planificación del trabajo. Otros pueden buscar un ciclo de mejora continua de los programas a través de la vida y trayectoria de su trabajo.

1.6 ¿Cuáles datos se usan en esta Guía?

Los datos son generados desde varios niveles y pueden provenir de fuentes rutinarias o no rutinarias. Las orientaciones y ejemplos que se ofrecen en este documento se enfocan primordialmente en el uso de datos recopilados de manera rutinaria.

Las fuentes de datos rutinarios son aquellas que:

- brindan datos que se recolectan de manera continua, como en los registros de pacientes;
- pueden usarse efectivamente para detectar y corregir problemas en la entrega de servicios; y
- benefician más a los tomadores de decisiones y proveedores de servicios.

Existen limitaciones a la utilidad de los datos de rutina dado que se generan a través de la provisión de servicios y no reflejan a la población que no recibe los servicios.

Las fuentes de datos no-rutinarios son aquellas que:

- proveen datos recabados periódicamente, anualmente o con menos frecuencia;
- incluyen encuestas demográficas representativas, como la Encuesta demográfica de salud (DHS, *siglas en inglés*), un censo, una Encuesta sobre los indicadores del SIDA, o una encuesta de vigilancia de comportamiento (BSS, *siglas en inglés*); y
- recolectan datos con menos frecuencia por la naturaleza costosa de recolectar estos datos.

Muchas fuentes de datos no rutinarios no dan estimacioness a niveles que sean directamente útiles para los centros y programas. Pueden complementar los sistemas de información de rutina y enriquecer el entendimiento del gerente o proveedor de servicios con respecto a su propio programa.

Los Siete Pasos

Paso 1 | Identificar las preguntas de interés

Las organizaciones y centros enfrentan requisitos y desafíos en común y pueden usar los datos para informar sus respuestas. Grandes cantidades de datos están disponibles en los sitos de entrega de servicios de VIH/SIDA; no obstante, compilar, analizar, interpretar y utilizar estos datos puede ser una tarea desalentadora. En lugar de embarcarse en una expedición de pesca, un equipo de usuarios de datos y productores de datos que trabajan en un distrito o en un centro puede hacer un uso más efectivo de su tiempo si primero identifica y después prioriza las preguntas claves de interés. Los datos disponibles pueden entonces ser analizados de manera deliberada para comenzar a dar respuesta a estas preguntas. Las preguntas programáticas de interés pueden identificarse mediante:

- la discusión participativa de indicadores que muestren el éxito del programa;
- el mapeo del flujo de clientes a través de los servicios;
- la generación de nuevas preguntas a través del análisis de datos;
- una lluvia de ideas acerca de los intereses en el programa de los distintos miembros del personal;
- recabar retroalimentación por parte de los clientes; y
- diagnosticar los factores externos, como las auditorias, evaluaciones del programa, y las preguntas de donantes.

Cualquiera de estos métodos puede generar preguntas útiles e interesantes y describiremos dos de estos métodos con más detalle.

1.1 | Definiendo el éxito del programa

Un método para generar preguntas es identificar los factores que definen el éxito para el programa o el servicio rendido. Considere los factores que demuestran el éxito o fracaso de un programa.

- ¿Que desea o necesita saber para decir que su programa está funcionando bien?
- ¿Cómo puede saber si su programa o servicio está funcionando bien?
- ¿Está su programa o servicio mejorando la salud del cliente?
- ¿Cómo sabe Usted si hay problemas o que su programa no está logrando los objetivos predeterminados?

Las respuestas a estas preguntas ayudarán a identificar los indicadores del éxito del programa. Aunque muchos programas y centros ya produzcan una gran cantidad de informes para los gobiernos y donantes, hay una extensa cantidad de datos que no se incluye en los informes regulares. Las preguntas identificadas por su programa quizás requieran de datos que se incluyen en estos reportes. Los pasos y ejemplos ilustrativos presentados en esta guía le ayudaran a identificar, analizar, interpretar y usar estos datos.

El propósito de medir el éxito de un programa es de ayudar a determinar cuáles áreas del servicio están funcionando bien y deben continuarse y cuales necesitan ser mejoradas. Esto requiere información acerca del número y tipo de persona que se atiende o que se cubre con un servicio específico, la calidad de los servicios rendidos y los esfuerzos del programa para operar con eficacia. La **cobertura** se logra cuando las personas con necesidad de servicios entran al programa y reciben el servicio.

La **calidad** de los programas de VIH/SIDA y los servicios relacionados es un punto focal crítico para los centros y programas, dado que puede incidir, entros factores, en:

- la voluntad del cliente para buscar y continuar recibiendo pruebas y cuidados;
- la atención y tratamiento recibido, lo cual tiene un efecto en las manifestaciones clínicas de la enfermedad; y
- el conocimiento y comportamiento del cliente, lo cual al final podría afectar la diseminación del VIH.

En la medida que un gerente de programa considera las estrategias para mejorar los índices de continuación y aumentar la respuesta del servicio, la calidad del servicio rendido puede ser un área importante de evaluar y en la cual tomar acción.

Mejorar la **retención del programa** requiere de un fuerte enfoque para brindar el paquete complete de servicios que el cliente necesita con el fin de prevenir o por lo menos disminuir el desperdicio de recursos. Muchos servicios, como los de atención y tratamiento para el VIH/SIDA, requieren múltiples momentos de contacto con el programa para asegurar que el cliente:
- reciba y se adhiera al curso apropiado de la terapia de antirretrovirales,
- acceda y reciba profilaxis y tratamiento para infecciones oportunisticas y
- reciba consejería y otros servicios de apoyo para prevenir infecciones adicionales a las parejas y/o niños, y asegurar la salud y bienestar del cliente

Dado que estos momentos de contacto están separados en el tiempo y/o espacio (por ejemplo, se dan en diferentes momentos y por diferentes proveedores de servicio), los clientes que inician el proceso quizás se retiren antes de recibir todos los servicios que necesitan. En el caso que un cliente continúe con cada contacto del programa, el programa usa más de sus recursos—tanto financieros como humanos—en ese cliente en particular. Tanto para el programa como el centro, es preferible asegurar que el cliente se adhiera a la terapia de primera línea y que reciba toda la gama de servicios requeridos con el fin de maximizar su inversión en el cliente individual.

1.2 Mapeo del flujo de clientes y resultados del programa

Otro método para identificar las preguntas de interés es desarrollar un mapa o diagrama de flujo de como se brindan los servicios de VIH/SIDA en el sitio del programa— desde el primer punto de interacción con el cliente individual hasta el resultado final de los servicios. Este enfoque permite identificar los cuellos de botella en la entrega de servicios y determinar en cual punto es que los clientes dejan el servicio y así ofrecer información esencial para mejorar la retención del programa. Esta representación visual de la provisión de servicios ayudará en asegurar que todos los aspectos de su programa sean tomados en consideración en lo que se identifican las preguntas claves de interés.

COMPONENTE DE GENERO EN LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA

Durante la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000, 191 países adoptaron la resolución de "promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer como forma efectiva para combatir la pobreza, el hambre y la enfermedad y estimular un desarrollo que sea realmente sostenible."[1] Adicionalmente, el primer principio de la Iniciativa global de salud de los EE.UU. es el enfoque en la mujer, las niñas y la igualdad de género.

El género se define como la creencia de una sociedad en torno a los roles, deberes, derechos, responsabilidades, comportamientos aceptados, oportunidades y condiciones apropiadas de la mujer y el hombre con respecto uno al otro. Estas creencias varían de un lugar a otro y cambian a través del tiempo, aun en el mismo lugar. Desde hace mucho tiempo se ha observado que los factores relacionados con el género, como las normas acerca de los roles de hombres y mujeres, la autonomía de la mujer, la calidad de relación entre la pareja, y la experiencia y actitudes con respecto a la violencia de la pareja intima tienen un impacto en los resultados de la salud en todo lugar del mundo. Estos resultados incluyen el riesgo del VIH, el acceso a todo tipo de atención de salud, el uso de la planificación familiar y los resultados relacionados con la salud materno-infantil. Según la Organización mundial de la salud (OMS), el VIH/SIDA es la causa principal de muerte en mujeres entre los 15 y 44 años de edad en todo el mundo, y 61% de las personas que viven con VIH en África sub-sahariana son mujeres.[2]

En vista de la evidencia en documentar la relación entre los niveles más altos de la igualdad de género y mejores resultados de salud, es necesario incorporar el aspecto de género en la planificación de programas, recolección de datos, M&E y en la implementación cotidiana de programas. Al incluir a la mujer en todos los niveles de mejora de salud, también se beneficia la salud de los niñ, las familias y las comunidades.

Al hacer las preguntas y al monitorear los programas de VIH, es importante mantener el enfoque en el rol del género. La información relacionada con el género también puede ayudar a aumentar la sensibilidad hacia los desequilibrios de género, apoyar a los que abogan por un cambio, atender las dimensiones de género con respecto a la salud y demostrar el progreso e impacto de los programas. Varios de los ejemplos ilustrativos al final de esta guía muestran como se pueden usar los Siete Pasos para examinar el rol del género en el VIH/SIDA a nivel de los programas.

Las preguntas a considerar cuando se examina el género a nivel de programas son:

- ¿Hay diferencia por género en el uso de los servicios o en la adherencia al tratamiento?
- ¿Las mujeres acuden más a las clínicas en un lugar que en otro?
- ¿Hay diferencias por género en los resultados de la entrega de servicios en los programas?
- ¿Cuáles podrían ser las causas de estas diferencias?

Si desea más información de programas de VIH/SIDA, consulte:

- http://www.igwg.org/igwg_media/manualintegrgendr09_eng.pdf
- http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597197_eng.pdf

---

[1] Declaración del Milenio de las Naciones Unidas 2000. Resolución adoptada por Asamblea general. Disponible en: http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm

[2] Organización mundial de la salud. 2009. Mujeres y salud. La evidencia de hoy es la agenda de mañana. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

1.3 | Como implementar el Paso 1

Una parte vital en la implementación de los Siete Pasos es comenzar con un fuerte equipo de actores—o de usuarios y productores de datos. Estos usuarios y productores de datos pueden jugar una variedad de roles distintos, pueden tener diferentes intereses y perspectivas, y pueden tener distintos recursos disponibles para ellos y sus equipos. Por ejemplo, un miembro clave del equipo es el oficial de información estratégica o de M&E. Este productor de datos puede ayudar al equipo a entender cuales preguntas pueden ser respondidas con los datos existentes. La Tabla 1 ofrece una matriz de análisis de actores y que puede ser actualizada en cualquier momento de este proceso de Siete Pasos. La Tabla 2 ofrece un formulario para desarrollar un plan de participación de actores y a continuación se presenta una guía de discusión para usar en la implementación de este paso. Más adelante en esta guía se presentan algunos ejemplos de este proceso, en los Ejemplos ilustrativos.

IDENTIFY QUESTIONS OF INTEREST

Propósito de esta reunión de equipo: Documentar las decisiones que tomen o que influencian los grupos o las preguntas que necesitan responder para mejorar/fortalecer los programas y servicios. Antes de esta reunión es preferible identificar cuales actores o usuarios/productores de datos deben estar presentes en la reunión, usando la Herramienta de participación del actor. http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-46e

Preguntas de discusión

Decisiones a tomar o influenciar

- ¿Hay decisiones de planificación que deben tomarse en el futuro cercano?
- ¿El programa tiene un plan estratégico? ¿Ésta el plan actualizado?
- ¿Cuándo deben entregarse los planes anuales de trabajo?
- ¿Hay oportunidades de incidencia o abogacía en el futuro cercano? ¿Cómo pueden los actores actuales influenciar esas decisiones?

Preguntas acerca del éxito programático

- ¿Cómo sabe Usted que su programa o servicio está funcionando como debe?
- ¿Que desea o necesita saber para estar seguro que su programa está funcionando y que tiene éxito?
- ¿Su programa o servicio está mejorando la salud de sus clientes?
- ¿Cómo sabe Usted cuando hay problemas o que su programa no está logrando sus objetivos predeterminados?

Preguntas acerca del flujo de clientes

- ¿Típicamente, como ingresan sus clientes al programa? ¿Hay múltiples niveles de ingreso o solo uno?
- ¿En cuál proceso del programa es que hay una mayor pérdida de clientes? ¿Es esto sorprendente? ¿Las pérdidas se deben a muerte, migración, o pérdida por falta de seguimiento?
- ¿Hay cuellos de botella en la entrega de servicios? ¿En dónde?

Tabla 1—Matriz de análisis de actores (Paso 1: identificar las preguntas de interés)

Asunto del programa: Fortalecer la prevención de transmisión vertical existente (PTV) en los servicios/clínicas de VIH o incrementar o escalar los servicios de PTV

Actividad propuesta: Convocar a los actores para que identifiquen sus prioridades en base a los datos disponibles y desarrollar un plan de acción

Fecha: Noviembre 2009

Nombre del Actor, Organización, grupo o Individuo Nacional, regional, o local	**Descripción de la contraparte** Principal propósito, afiliación, financiamiento	**Rol potencial en el problema o actividad** Interés creado en la actividad	**Nivel de conocimiento del problema** Áreas especificas de experiencia	**Nivel de compromiso** Apoya o se opone a la actividad, hasta que punto y porque	**Recursos disponibles** Empleados,voluntarios, dinero, tecnología, información, influencias	**Limitantes** Necesita fondos para participar, falta de personal, barreras políticas o de otras índoles
Sector Gubernamental						
División de la salud materno infantil (MCH), Ministerio de Salud (MOH)	Desarrolla borradores de planes y monitorea la implementación de los PTV, MCH y los programas de planificación familiar (FP) y servicios	Comparte la información relacionada a la división estratégica para la salud maternal e identifica las oportunidades para nivelar los recursos y promover la colaboración	Alto nivel de conocimiento del programa en el país—monitorea los programas pilotos de PTV en las instalaciones de MCH/FP: bajo nivel de conocimiento de las directrices internacionales y estudios	Apoya fuertemente la ampliación. Se desconoce el nivel de satisfacción de la división con las fuentes de datos	Los empleados están disponibles y son los apropiados para asistir el plan, tienen una fuerte influencia entre las instalaciones de MCH que implementaran el programa	Existen tensiones políticas entre la división y NAAC; el ciclo de la planificación de MOH es diferente al de NACC y pueden surgir problemas de calendarización y financiamiento
Comité Nacional para el Control del SIDA (NACC)	Involucrado en la planificación, implementación y monitoreo así como evaluación (M&E) de todos los programas de VIH/SIDA en el país, financiados por organizaciones no gubernamentales (ONGs) y donantes	Facilita la reunión a la contraparte y se preparar para la reunión al identificar las fuentes de datos y preparando una agenda que permita a las fuentes el discutir	Alto nivel de conocimiento—recibe informes de las actividades de PTV de la división del MCH en MOH; nivel medio de conocimiento de las directrices internacionales y estudios	Fuertemente apoya la actividad, pero duda en utilizar las fuentes de datos internacionales. La NAAC se opone al uso de Encuestas demográficas y de salud y los estudios más recientes lo estiman porque ellos consideran que estas fuentes sobreestiman la prevalencia del VIH	Los empleados están disponibles para facilitar la reunión; el salón y las computadoras están disponibles para desarrollar las reuniones en las instalaciones principales de NAAC	Se supone que los empleados facilitarán el proceso, pero todos tienen agendas muy ocupadas, existen tensiones políticas entre NAAC y la división del MCH, el ciclo de planificación de MOH es diferente al de NAAC y pueden surgir problemas en calendarización y financiamiento
Sector Político						
Comité parlamentario en Población y Salud	Desarrolla leyes y regulaciones relacionadas con proporcionar el cuidado de PTV ; aprueba el presupuesto	Aprobará el plan de PTV como parte de un programa parlamentario más amplio del PTV para abordar el MCH	Conocimiento básico acerca de las necesidades de los servicios de PTV	Fuertemente apoya el programa, pero se preocupa por el financiamiento	Tiene una fuerte influencia, el director del comité es un líder en el parlamento con fuertes vínculos con el poder ejecutivo	La falta de personal para rutinariamente asistir a las reuniones de las contrapartes y planificación de las sesiones
El vice gobernador para asuntos sociales en el estado en donde los programas han sido piloteados y expandidos	Es responsable del monitoreo de los programas de salud e informar a otros responsables de las políticas acerca de la importancia de los programas de salud y de los problemas	Proporciona un conocimiento del proyecto piloto y las lecciones aprendidas; incidencia para la mejora y expansión de los servicios del PTV	Conocimiento básico acerca de las necesidades de los servicios de PTV; conocimiento extensivo acerca del programa piloto en el país y región	Fuertemente apoya el programa y espera servir como un centro de excelencia para las otras regiones	Tiene una fuerte influencia entre los gobernadores; el personal está disponible para presentar las experiencias	Puede necesitar fondos para viajar para participar más allá de la visita inicial a las reuniones de las contrapartes, buscando el patrocinio internacional

Tabla 1—Matriz de análisis de actores (Paso 1: identificar las preguntas de interés)

Nombre del Actor, Organización, grupo o Individuo Nacional, regional, o local	**Descripción de la contraparte** Principal propósito, afiliación, financiamiento	**Rol potencial en el problema o actividad** Interés creado en la actividad	**Nivel de conocimiento del problema** Áreas especificas de experiencia	**Nivel de compromiso** Apoya o se opone a la actividad, hasta que punto y porque	**Recursos disponibles** Empleados,voluntarios, dinero, tecnología, información, influencias	**Limitantes** Necesita fondos para participar, falta de personal, barreras políticas o de otras índoles
Sector Comercial						
La Federación nacional de mujeres líderes empresariales	Incidencia para financiamiento, fondos e implementación de programas dirigidos a mejorar el estado y bienestar de la mujer	Proporciona cualquier dato o información que la federación ha producido que esté relacionado al PTV, sirve como incidencia para el programa y apoya en esfuerzo suplementario	Conocimiento básico acerca de las necesidades de los servicios de PTV	Apoya la implementación de un programa de PTV, el cual incluye un enfoque en la mujer durante y después de su embarazo (transmisión positiva de la madre al niño)	Una fuerte influencia entre los líderes empresariales para el levantamiento de fondos y esfuerzos de incidencia; tienen disponible el apoyo financiero y de los empleados	Ninguna
Sector No Gubernamental						
Asociación nacional de de planificación familiar (PF)	Proporcionar los servicios de planificación familiar a nivel nacional a través de las redes de clínicas, sirviendo como una cámara de compensación para informar y capacitar a los proveedores	Proporciona los datos e información en FP incluyendo aquellos esfuerzos para proporcionar PF a las personas viviendo con VIH/SIDA; participando en el proceso de planeación como un proveedor clave de servicios	Conocimiento de la instalación PF, pero ningún conocimiento de los datos nacionales o sub nacionales relacionados a otras partes del programa de PTV; nivel promedio de conocimiento de las directrices internacionales y estudios	Apoyo en general al programa PTV, pero preocupado acerca de los niveles de financiamiento para los servicios de PF	Los empleados están interesados en participar y mantenerse informados acerca de la implementación y limitaciones del PTV en lo relacionado a los servicios PF	La falta de fondos y disponibilidad de tiempo de los empleados para viajar a las reuniones de las contrapartes y a las reuniones de programación
Otras Audiencias de la Sociedad Civil						
Investigadores universitarios y profesores	Llevar a cabo investigación en PTV, proporcionado recomendaciones al gobierno y a las ONGs internacionales acerca de la programación de PTV	Datos relevantes presentes o información producida por la Universidad para las contrapartes, asesorar el proceso de planeación y llevar a cabo cualquier investigación necesaria a requerimiento de las contrapartes	Un alto nivel de conocimiento acerca de los datos e información, análisis y necesidades. Muchos representantes tienen poca o ninguna experiencia clínica en proveer el PTV	Apoyo al nuevo programa de PIV	Los empleados están dispuestos a participar debido al financiamiento del donante; un alto nivel de capacidad técnica y de informes a los tomadores de decisiones: fuerte influencia política	Están pendientes los fondos para futuras investigaciones
Donantes Internacionales						
Fondos globales para la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (Paludismo)	Proporcionar financiamiento, asistencia técnica y asesoría al gobierno y ONGs en la planificación e implementación de los programas de PTV	Observar el proceso, proporcionar asesoría e incorporar el plan al financiamiento interno del donante y al ciclo de planificación	Alto nivel de conocimientos acerca de los programas de PTV a nivel mundial	Apoyan fuertemente la expansión del modelo exitoso	El coordinador del PTV es asignado para que participe, tenga acceso a datos e información de calidad; proporciona asistencia al NAAC, MOH y otros programas en el área; tiene influencia política	Ninguna

Adaptado de Brinkerhoff, D. y B. Crosby, 2001; y del Proyecto POLICY, 1999

Tabla 2— Plan de participación de contrapartes (Paso 1: Identificar las Preguntas de Interés)

Asunto del Programa: Fortalecer la prevención existente en la transmisión del VIH de la madre al niño (PIV) en las clínicas/servicios o mejorar los servicios/clínicas del PIV
Actividad Propuesta: Convocar a las contrapartes a identificar las prioridades en base a los datos disponibles y desarrollar un plan de acción
Fecha: Noviembre 2009

Nombre de la contraparte, organización, grupo o individuo nacional, regional, o local	**Rol potencial en la actividad**	**Estratégia de participacion** ¿Cómo harán participar a los contrapartes en la actividad?	**Estratégia de seguimiento** Planes de retroalimentación y participación continua
Sector Gubernamental			
División de la salud materno infantil (MCH), Ministerio de salud (MOH)	Compartir información relacionada a la división estratégica de la salud de la madre e identificar las oportunidades para apalancar los recursos y promover la colaboración	Involucramiento en una reunión de contrapartes claves buscando el sensibilizar a las contrapartes que actualmente están involucradas en proporcionar los servicios maternos de salud	Estará involucrado como grupo de contrapartes claves durante las reuniones anuales para revisar el programa de PTV; ayudara a monitorear los resultados del nuevo programa de PTV
Comité nacional para el control del SIDA (NACC)	Facilitar las reuniones de las contrapartes, preparar las reuniones al identificar las fuentes de los datos y preparar una agenda que permita a las fuentes discutir	El NAAC es el principal en esta actividad. Será importante para el NAAC el involucrarse más específicamente con el coordinador de PTV, el coordinador clínico y el coordinador del Programa de SIDA	El NAAC es el responsable de dar el seguimiento a las prioridades de las contrapartes
Sector Político			
Comité parlamentario en población y salud	Aprobar el plan del PTV como parte de un programa parlamentario más amplio para abordar el MCH	Involucramiento en las reuniones de contrapartes claves para reunir interés en la expansión del programa de PTV	Proporciona las actualizaciones al proceso de planeación y requiere de una revisión del borrador final del programa de PTV
El vice gobernador para asuntos sociales en el estado en donde los programas de PTV han sido piloteados y expandidos	Proporcionar compenetración con el proyecto piloto y lecciones aprendidas; incidencia para la mejora y expansión del PTV	Involucramiento en una reunión de contrapartes claves en busca de sensibilizar a las contrapartes a que se involucren a proporcionar servicios maternales de salud	No se planea más involucramiento después de la reunión inicial de las contrapartes
Sector Comercial			
La Federación nacional de mujeres líderes empresariales	Proporcionar cualquier dato o información que la federación, ha producido acerca de PTV, que puede servir como incidencia para el programa y potenciar un suplemento financiero	Involucramiento en una reunión de contrapartes claves en busca de sensibilizar a las contrapartes actualmente involucradas a proporcionar los servicios de salud maternal	No se planea más involucramiento después de la reunión inicial de las contrapartes
División de la salud materno infantil (MCH), Ministerio de Salud (MOH)			
Asociación nacional de planificación familiar	Proporcionar los datos e información acerca de la planificación familiar (PF), incluyendo los esfuerzos de PF para con aquellas personas viviendo con VIH/SIDA; participar en el proceso de planeación como un proveedor clave de servicios	Involucramiento en una reunión de contrapartes claves en busca de sensibilizar a las contrapartes actualmente involucradas a proporcionar los servicios de salud maternal	Seleccionar a los participantes que son proveedores de servicios que serán subsecuentemente invitados a las reuniones de planificación de PTV
Otras Audiencias de la Sociedad Civil			
Investigadores universitarios/catedráticos	Presentar datos relevantes o información producida por la universidad a las contrapartes, asesorar en el proceso de planificación y llevar a cabo cualquier investigación necesaria a requerimiento de las contrapartes	Involucramiento en las reuniones de las contrapartes claves para crear el interés en expandir el programa de PTV	Requiere de asistencia y/o subcontrata esfuerzos futuros para informar acerca de la planificación y monitoreo y evaluación
Donantes Internacionales			
Fondos globales para la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (Paludismo)	Observa el proceso, proporciona, asesora e incorpora el plan a los fondos de donantes internos y ciclo de planificación	Alto nivel de interés en asistir a las reuniones de las contrapartes claves	Continua a comprometerse en el proceso de planeación al invitar a donantes y contrapartes a las reuniones de planificación y requerir datos y otra asistencia

Adaptado de Brinkerhoff, D. y B. Crosby, 2001; y el Proyecto POLICY, 1999.

Paso 2 | Priorizar las preguntas claves de interés

Son importantes las preguntas claves de interés para asegurar que se está atendiendo primero los asuntos y problemas más importantes y que se están eligiendo las preguntas que pueden contestarse usando los datos rutinarios existentes. Su equipo debe considerar los criterios específicos y discutir cada pregunta a profundidad con el fin de priorizar estas preguntas.

- **Relevancia programática:** ¿La pregunta de interés tiene relevancia programática y/o es de interés de salud pública? ¿Están otros en la comunidad interesados en la información?
- **Respuesta:** ¿Es posible responder a esta pregunta de interés o medir el desempeño con los datos existentes o con datos que se puedan obtener?
- **Accionable:** ¿Su organización tiene la autoridad para actuar en las respuestas a las preguntas de interés? O sea, si los datos indican la necesidad de un cambio en el curso de acción actual, ¿puede su organización realizar los cambios requeridos? De no ser así, ¿puede su organización incidir en los que tienen la autoridad o la habilidad de realizar el cambio?
- **Oportunidad de la pregunta:** ¿Hay un marco de tiempo para responder a esta pregunta o para tomar la decisión acerca del asunto a tratar? ¿Se pueden dejar pendientes algunas preguntas claves para responderse más adelante y así permitir que el grupo tenga tiempo de enfocarse en las preguntas que deben ser respondidas de manera más inmediata?

La Tabla 3 es el ejemplo de una matriz que puede usarse para priorizar las preguntas y también es una herramienta útil para facilitar la discusión de cada pregunta y reducir la influencia de agendas o intereses especiales. Cada grupo quizás quiera definir los criterios de manera diferente o querrá agregar algún criterio, lo cual se puede lograr fácilmente con esta matriz.

2.1 | Refinando la pregunta de interés

Una vez que se haya generado y priorizado la lista de preguntas acerca del éxito del programa, flujos de servicios, y resultados, es importante asegurar que cada una de las preguntas priorizadas sea lo más específica y definida posible. El grupo debe definir lo que el programa realmente desea y necesita saber para asegurar que los datos disponibles brinden las perspectivas necesarias. Puede ser que estas preguntas se hayan refinado a través del proceso para aplicar los criterios de priorización.

Tabla 3—Hoja de trabajo de la prioridad de las preguntas (Paso 2: priorizar las preguntas claves de interés)

Proyecto/Organización: Fortalecer la prevención existente en la transmisión del VIH de la madre al niño (PTV) en las clínicas/servicios o mejorar los servicios o clínicas del PTV

Preguntas claves de interés	Relevancia programática	Facilidad de respuesta	Procesable	Plazos de pregunnta	Otros criterios	Total
Lista y rango de las preguntas de acuerdo a cada uno de los criterios	Altamente relevante = 4 Mas o menos relevante = 3 Poco relevante = 2 No relevante = 1	Fácil de responder = 4 Factible de responder con datos de rutina = 3 Puede requerir de datos no rutinarios = 2 Requiere datos de colección significantes = 1	Altamente procesable = 4 Existen barreras potenciales a la acción = 3 Baja oportunidad de acción = 2 Muy poca oportunidad de acción= 1	Inmediata = 4 Próximo mes = 3 Próximo trimestre = 2 Futuro distante = 1	= 4 = 3 = 2 = 1	
1. ¿Qué porcentaje de la clientela de cada clínica son jóvenes entre las edades entre 15–24 años?	4	4	3	4		15
2. ¿Cuál es el desempeño de la clínica en contra de una audiencia de jóvenes entre los 15–14 años atendidos por la clínica?	2	4	2	3		11
3. ¿Se incrementa cada mes el número de jóvenes atendidos por la clínica?	2	4	1	2		9
4. ¿Se atienden por igual a las mujeres y hombres jóvenes? ¿Cuál es el promedio de mujeres comparado con los hombres de 15 a 24 años atendidos en la clínica?	3	4	3	2		12
5. ¿Qué tan efectivo es nuestro pre examen en el programa de consejería a la juventud?	4	2	4	4		14
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

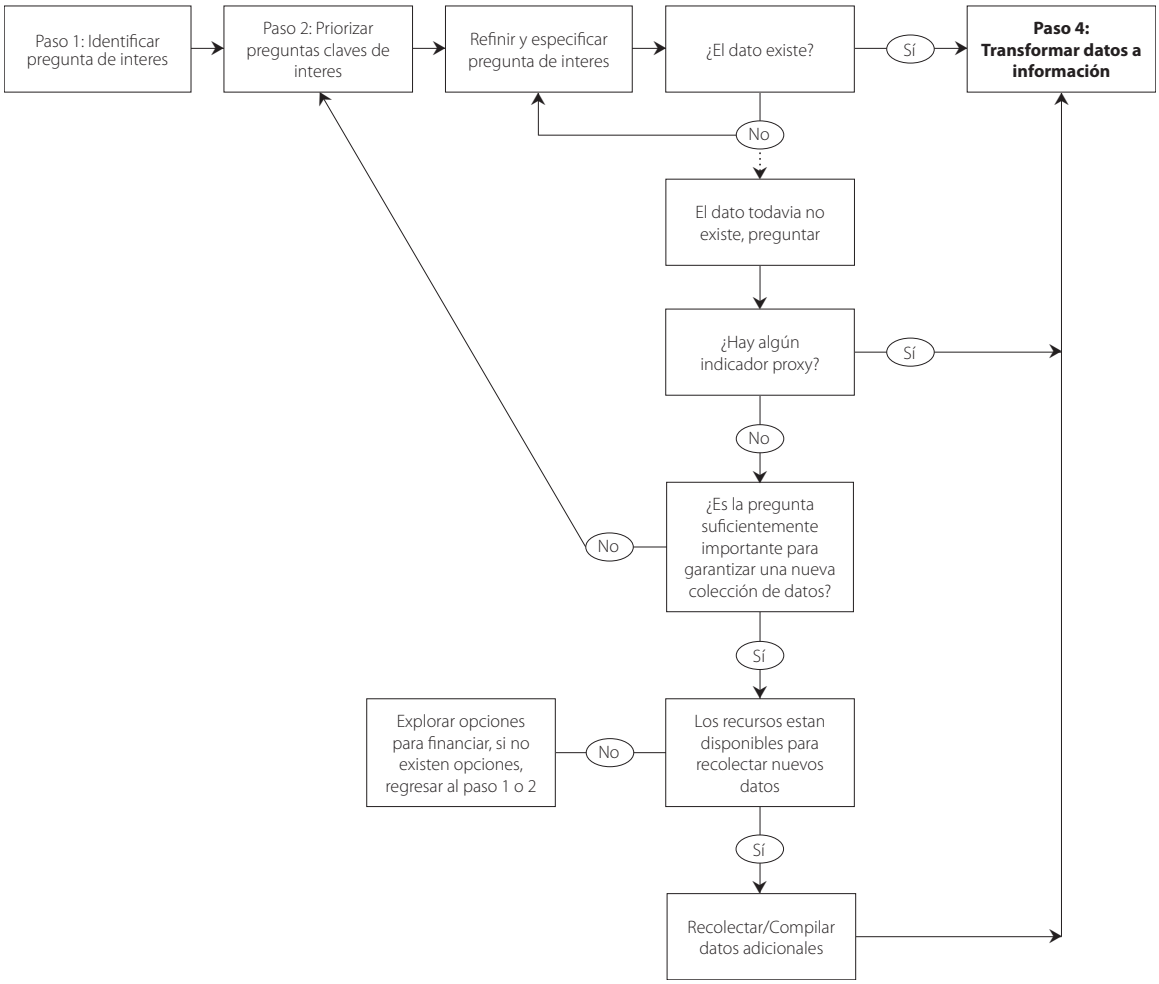
Paso 3 | Identificar las necesidades de datos y las fuentes potenciales

Dado que se ha priorizado y refinado la lista de preguntas de interés, ya es el momento de incluir los datos. Encontrar la respuesta a una pregunta quizás requiera un indicador o quizás la triangulación de varios indicadores de desempeño partiendo de múltiples fuentes de datos. La Figura 1 brinda una guía visual de los primeros tres pasos en el proceso de los Siete Pasos.

En el proceso de identificar y enfocarse en las necesidades de datos específicos y en sus fuentes, se debe considerar los siguientes aspectos:

- ¿Con qué frecuencia y a que intervalos necesitamos esta información?
- ¿Realmente existen ya estos datos y son de fácil acceso?
- ¿Los datos tienen la calidad suficiente?

Figura 1—Un Proceso expandido para el Paso 3: Identificar las necesidades de datos y sus fuentes potenciales



3.1 ¿A qué intervalos necesitamos esta información? Datos rutinarios y no rutinarios

Los datos se generan en distinto niveles y pueden provenir de diferentes fuentes rutinarias o no rutinarias. Arriba se describió que las fuentes de datos **rutinarios** brindan datos que se recaban continuamente, como la información que colectan las clínicas de los pacientes que usan sus servicios. Las fuentes de datos **no-rutinarios** proveen datos que se recolectan anualmente o aun con menos frecuencia, como la información de encuesta demográficas o censos. La orientación y ejemplos de este documento se enfocan en el uso de datos que se recaban rutinariamente.

3.2 ¿Ya existen los datos, y están disponibles?

Es importante determinar si los datos existentes pueden o no ayudar a responder la pregunta de interés según se define aquí arriba. Un miembro clave del equipo es el oficial de información estratégica o de M&E. Esta persona puede asesorar al equipo sobre los datos que existen y están disponibles. La Figura 1 resume lo que se debe preguntar para darle respuesta a la pregunta en cuestión en caso que los datos no la respondan:

- ¿Puede refinarse la pregunta de interés para que los datos existentes brinden la perspectiva que se necesita?
- ¿Hay un indicador representativo que pueda usarse para comenzar a responder a las necesidades de datos? O sea, ¿Hay otros datos que se están recolectando que podrían empezar a aclarar la pregunta en cuestión?
- ¿La pregunta de interés tiene un nivel de importancia que amerita recabar nuevos datos?
- ¿Cómo podemos obtener esos datos o donde podemos encontrar la información necesaria?
- ¿Cuál es el método más eficiente para recabar esta información?

La orientación y ejemplos de este documento no abordan la recolección de nuevos datos; más bien se enfocan en el uso de datos e información existente para fortalecer los programas y servicios.

3.3 ¿Tienen los datos suficiente calidad?

Al determinar la utilidad de las varias fuentes de datos se debe también considerar la calidad de los mismos. Al tener mejor calidad, los datos serán más confiables y es más probable que los actores usen estos datos. No obstante, la necesidad de datos de alta calidad es condicionada por la viabilidad y gasto para su obtención. La calidad de los datos puede ser afectada de forma negativa por los extensos requerimientos de informes que, con frecuencia, son percibíos por los gerentes y proveedores de servicios como una carga pesada que conflinge con los servicios a los clientes. A su vez, esto puede reducir el esfuerzo que hacen los gerentes y proveedores de servicios en registrar y compilar los datos requeridos, comprometiendo así la calidad de la información producida. Para mejorar la calidad de datos, retroalimente los puntos de entrega de servicios acerca de su desempeño y haga que los datos para reportar el M&E sean pertinentes, y que apoyen la toma de decisiones del programa en todo nivel. La calidad de los datos es afectada por:

- **Exactitud:** ¿Los datos miden lo que se pretendían medir?
- **Confiabilidad:** ¿Los datos miden consistentemente lo que pretendían medir?
- **Completitud:** ¿Hay un conjunto completo de datos para cada elemento de interés o falta algo?
- **Precisión:** ¿Los datos tienen suficiente detalle?
- **Momento oportuno:** ¿Los datos recopiliados están disponibles y se utilizan de manera oportuna? ¿Están actualizados?
- **Integridad:** ¿Los datos están seguros y libres de parcialidad o manipulación deliberada?

MEASURE Evaluation ha desarrollado una serie de orientaciones y herramientas diseñadas para fortalecer la calidad de los datos que se están recabando. Estas herramientas pueden ser consultadas en:
http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/data-quality-assurance-tools.

La Tabla 4 es un ejemplo del Marco de la herramienta para enlazar los datos con la acción que podría usarse como marco organizador para los Pasos 1 a 3. La herramienta ofrece una forma de conectar a los actores y tomadores de decisión con las preguntas priorizadas y las fuentes de datos identificadas en los Pasos 1 a 3. Este ejemplo muestra como completar el marco para la pregunta prioritaria identificada en el Paso 3, pero este marco también es una herramienta útil para facilitar todo el proceso de los Siete Pasos, ya que vincula las preguntas de interés con los actores, tomadores de decisión, y con los plazo del calendario para que, de esta manera, los actores claves tengann que rendir cuentas por el proceso. Una vez que una organización complete el proceso de los Siete Pasos para cada una de las áreas de interés o de trabajo, la herramienta puede usarse para manejar el proceso para todas las preguntas de interés.

Para mayor información acerca del Marco de enlace de datos con acción, consulte MEASURE Evaluation Data Demand and Use Tool Kit en:
http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-46.

Tabla 4—Marco de trabajo para unir los datos con la acción

Title: Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV Programs

Objectives of the Plan:

Time Period of Decision Making: 6 meses

Acción/Decisión	Política o Pregunta Programática	Toma de decisiones (DM) y otras contrapartes (OS)	Indicado/Datos requeridos	Fuente de datos	Plazos	Canales de Comunicación
Fortalecer los servicios/clínicas existentes del PTV o mejorar los servicios/clínicas de PTV	¿Qué porcentaje de los clientes VIH positivos reciben profilaxis con retrovirales?	División de la salud materno infantil, Ministerio de salud, Comité nacional de control del SIDA; Vice Gobernador para los asuntos sociales del estado en donde los programas del PTV han sido piloteados y expandidos	Porcentaje de clientes VIH positivos que han recibido retrovirales que han sido agregados por la clínica	Registros clínicos, encuestas con los clientes	6 meses	Crear un folleto de datos para entregar en las reuniones cara a cara con las contrapartes relevantes

Paso 4 | Transformar datos en información

Una vez que se hayan identificado las fuentes de datos y su pregunta de interés ha sido contestada, los datos pueden transformarse en información para facilitar la toma de decisiones y la acción. El análisis involucra revisar y examinar los datos y transformarlos en información que sea de utilidad. El análisis puede hacerse manualmente o con el uso de programas de computadora. Consulte el cuadro a continuación si desea más información sobre el software de análisis.

4.1 | Aislar los indicadores requeridos y los elementos de datos

Los programas y centros ya están calculando y monitoreando una variedad de indicadores para reportar a gobiernos y a donantes externos; no obstante estos indicadores pueden ser insuficientes para informar las mejoras en el programa. Los programas quizás necesiten construir su propio conjunto de indicadores de desempeño que usen datos rutinarios para el monitoreo interno. Ocasionalmente, los datos que se requieren no están incluidos en los informes mensuales al gobierno y donantes pero sí están recolectados y almacenados por los mismos programas y centros. Por ejemplo, algunos donantes no requieren los números de clientes aconsejados y piden únicamente datos sobre el número total de clientes que se hicieron la prueba y cuantos resultaron ser VIH positivos.

4.2 | Analizar los datos/calcular el indicador

Los gerentes de programas y proveedores de servicios disponen de una variedad de técnicas de análisis. En muchos casos, estos análisis sencillos requieren únicamente de papel, lápiz y habilidades matemáticas básicas. Más adelante en la guía, en los Ejemplos ilustrativos, se demuestran las diferentes técnicas de análisis. La guía paso-a-paso para realizar muchos de estos análisis se presenta en el Apéndice I: Ayudas para las Tareas.

SOFTWARE DE ANÁLISIS DE DATOS

Existen varios programas de computadora para el análisis de datos y algunos de ellos son gratuitos. Es importante señalar que se requiere de habilidades especializadas para usar el software de análisis. Si desea más información, consulte:

- Microsoft Excel: http://office.microsoft.com/en-us/excel
- Epi Info: http://www.cdc.gov/epiinfo/
- CS Pro: http://www.census.gov/ipc/www/cspro/
- SAS: http://www.sas.com/technologies/analytics/statistics/stat/index.html
- STATA: http://www.stata.com/
- SPSS: http://www.spss.com/software/statistics/

4.3 | Presentar datos en gráficas o tablas

Muchos usuarios de datos potenciales están más atentos a las cifras y las entienden mejor cuando estas se presentan en forma de gráfica o tabla. Por ejemplo, algunos usuarios de datos encuentran que es más fácil para ellos entender la proporción de un todo a través de una gráfica circular en lugar de datos en bruto. Por lo general, es más fácil comparar el desempeño en el tiempo o a través de distintos sitios para ver las verdaderas diferencias mediante representaciones visuales de datos como son las gráficas, cuadros o tablas. Por ejemplo, para un gerente es más fácil ver que la situación está mejorando cuando se ven los datos a través del tiempo en lugar de ver los datos de un solo momento o ver una serie de números. El Apéndice I incluye ayudas para elegir el tipo de gráfica que se necesita y los elementos esenciales de una gráfica o tabla.

Es importante incluir toda la información necesaria para interpretar el significado de la gráfica. Estos elementos esenciales incluyen las etiquetas de los ejes, una leyenda, un titulo descriptivo que transmita los hallazgos primarios, y las metas, cuando aplican. Por ejemplo, la Figura 2 es difícil de entender e interpretar. Las etiquetas son inexactas y el titulo de la gráfica no da suficientes detalles. Si es que la gráfica describe el progreso de un centro hacia una meta, la meta real se debe marcar claramente, como se ve en la Figura 3. Esto le dará al usuario la representación visual de cuanto le falta a la instalación para lograr sus metas.

Figure 2—New Enrollees Tested for HIV at Each Site by Quarter

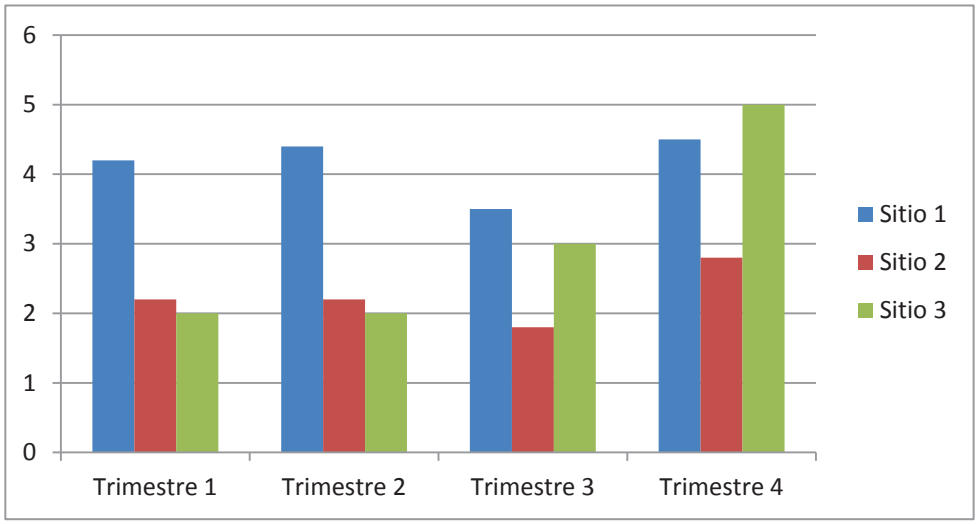
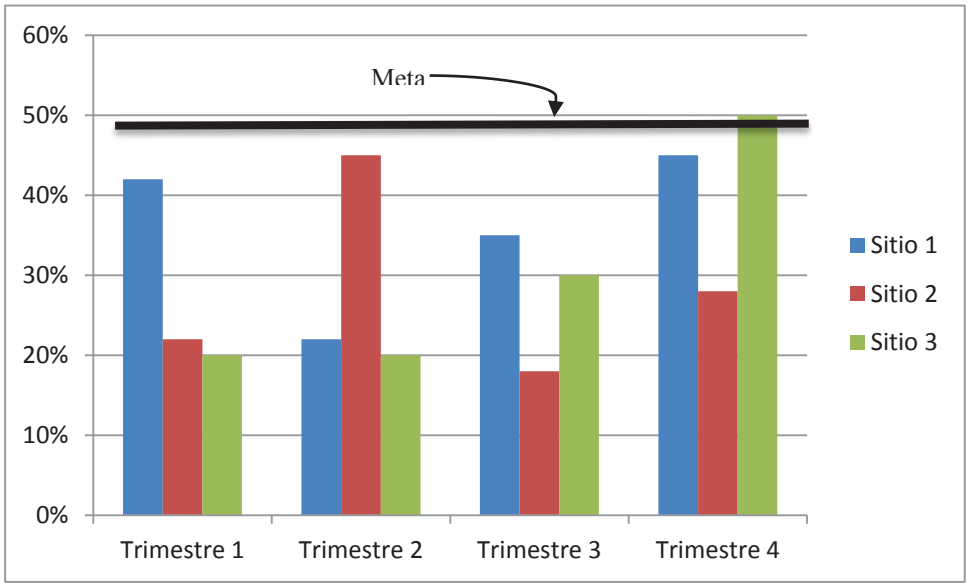


Figure 3—Percent of New Enrollees Tested for HIV at Each Site by Quarter



Ya que ha analizado los datos disponibles y los ha presentado en formatos visuales y narrativos, es tiempo de convocar a los usuarios de datos y a los productores de datos claves para interpretar esta información, encontrar soluciones y tomar acción.

Paso 5 | Interpretar la información y sacar conclusiones

5.1 | Análisis versus interpretación

Los términos y conceptos del análisis e interpretación a veces se consideran sinónimos y con frecuencia se combinan en un solo proceso, En esta guía, estos procesos se separan en pasos definidos (Pasos 4 y 5) ya que el análisis puede hacerse efectivamente con una sola persona o por un equipo de personas con diferentes formaciones, sin embargo la interpretación es más productiva cuando lo realiza un grupo. Supongamos que queremos averiguar si nuestro programa está en la dirección planeada.

- El **análisis** involucra comparar las metas o logros esperados de un programa con el desempeño actual del mismo.
- La **interpretación** es un proceso mediante el cual los actores claves discuten el porqué se ha o no se ha logrado la meta y lo que esto implica para su programa.

DISTINCIÓN ENTRE EL ANÁLISIS Y LA INTERPRETACIÓN

Análisis: Involucra transformar los datos a partir de cifras y elementos individuales de datos en información que describe el programa o contesta las preguntas claves del programa. El análisis involucra describir los datos con tablas, gráficas o narrativos.

Interpretación: Un proceso participativo a través del cual derivamos el significado a partir del análisis, llevando a la mesa otros conocimientos y experticias.

Ahora, supongamos que deseamos entender si, con el tiempo, nuestro proyecto continúa mejorando y alcanzando a más clientes.

- El **análisis** involucra comparar el número de clientes que se atiende con un servicio en particular durante un periodo de tiempo (meses, trimestres, años).
- La **interpretación** es un proceso mediante el cual los actores claves, incluyendo proveedores y beneficiarios, discuten el porqué su proyecto ha o no ha continuado atendiendo a más clientes con el tiempo.

Pueden aparecer varias rutas diferentes durante el proceso de interpretación. Al contestar la pregunta de interés, quizás encuentre que no existe un problema y que esta parte particular de su programa o servicio está funcionando bien o de acuerdo a lo planeado. Por otro lado, quizás encuentre que hay un problema y que se requiere de acciones correctivas. Finalmente, quizás se requiera de información adicional para entender muy bien la causa o raíz de este problema y luego diseñar una solución.

5.2 | Interpretando la información, conclusiones, y elaborando soluciones en equipo

Se ha establecido que esta guía sugiere que la forma más efectiva para interpretar la información de programas y servicios, sacar las conclusiones y elaborar las soluciones y los próximos pasos es un dialogo entre los proveedores de servicio, gerentes de programas, especialistas de datos y representantes de las poblaciones y comunidades destinatarias. Algunos centros y programas realizan reuniones mensuales de sus equipos gerenciales en donde revisan y discuten preguntas o indicadores específicos, se enfocan en los problemas y elaboran soluciones potenciales. Los gerentes de departamentos que asisten a estas reuniones también pueden convocar reuniones departamentales o pueden consultar individualmente con otros miembros del personal en el departamento para elaborar una solución y proponerla al equipo gerencial en una fecha posterior. En los Ejemplos ilustrativos a continuación se presentan algunos ejemplos de este proceso.

INTERPRETACIÓN DE DATOS A NIVEL DEL CENTRO: PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

- ¿El indicador cumple con la meta?
- ¿El hallazgo es sorprendente? ¿Por qué si o porque no?
- ¿Por qué se está viendo esta tendencia?
- ¿Cómo se comparan estos datos con los datos de otras instalaciones?
- ¿Por qué hay diferencias entre las unidades y los distritos? Considere las diferencias en el financiamiento, personal, y abordajes y procesos programáticos.
- ¿Hay factores externos que contribuyan a los hallazgos? Los ejemplos incluyen factores de temporada, políticos, ambientales, culturales, o socioeconómicos.
- ¿Podría la tendencia ser el resultado de una mejor recolección de datos?
- ¿Cuáles otros datos deben revisarse para entender el hallazgo?

Paso 6 | Elaborar las soluciones y tomar acción

Para los gerentes de programas y proveedores, las preguntas acerca del desempeño de sus programas surgen por:

- una preocupación intuitiva acerca de un elemento especifico del desempeño del programa,
- las intenciones de planear para el futuro; eventos obligados por motivación externa o política,
- un deseo de entender si una intervención está logrando o no sus resultados, y
- la retroalimentación que viene de las revisiones de los informes presentados.

En algunos casos el desempeño del programa cumple con las expectativas y la única acción requerida es la de informar a los actores del trabajo exitoso. En muchos casos se requiere algún tipo de acción. Un elemento fundamental del enfoque de los Siete Pasos es la participación de los proveedores de servicios, especialistas en M&E o en datos, administradores de salud, y de la comunidad. Al involucrar a las partes interesadas en el proceso de elaborar las soluciones se estará ayudando a asegurar que estas soluciones sean viables y que se implementen a la larga. Este paso implica convocar a una reunión con los usuarios y productores de datos pertinentes para:

- utilizar las conclusiones identificadas en el paso previo con el fin de tener una lluvia de ideas sobre soluciones posibles;
- especificar y trabajar aun más estas soluciones para priorizarlas y así responder al problema; y
- desarrollar un plan de acción para implementar cada una de estas soluciones.

FIJAR LAS METAS

En caso que el programa no haya fijado una meta—u objetivo—para el indicador específico en cuestión, entonces quizás deba considerar fijar una meta interna. Su programa podría considerar los siguientes factores cuando fije una meta o un objetivo:

- ¿De manera realista, qué es lo que se puede lograr dentro de un claro y definido periodo de tiempo con los recursos disponibles y en el contexto del programa?
- ¿Cuáles son los niveles de la línea base? ¿Cuál era la situación al inicio de nuestra intervención?
- ¿Que nos sugieren las pasadas tendencias? ¿Se dispone de la misma cantidad de recursos? ¿Ha cambiado el contexto?
- ¿Que están logrando los sitios o distritos circundantes? ¿Que se está logrando a nivel nacional?
- ¿Cuál es la capacidad de nuestro programa para alcanzar estas metas/objetivos?

Es importante notar que no es necesario tener una meta para todos los indicadores y que los datos pueden ser analizados y monitoreados sin la consideración de una meta. Por ejemplo, su programa puede monitorear el progreso a través del tiempo mediante una tendencia, y puede realizar cambios o mejoras a su programa con base en el análisis de una tendencia. Se mencionó aquí arriba que es útil observar las tendencias antes de fijar las metas.

Consulte la casilla con las preguntas de discusión que se presenta a continuación para obtener consejos útiles para trabajar las soluciones y desarrollar un plan de acción.

ELABORANDO LAS SOLUCIONES Y PLANIFICANDO LAS ACCIONES: PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

- ¿Cuáles son los hallazgos más interesantes?
- ¿Por qué está sucediendo esto?
- ¿Por qué estamos viendo esta tendencia?
- ¿Qué podemos hacer para resolver el problema?

Tenga una lluvia de ideas para las intervenciones o acciones potenciales. Después de la lluvia de ideas, priorice las acciones usando criterios similares a los del Paso 2, como la viabilidad, costo marginal, eficacia de la acción, e impacto relativo de la intervención.

Según el alcance del problema y la lista de soluciones posibles, el equipo puede utilizar una matriz—similar a la que se usa para priorizar las preguntas de interés—para priorizar las diferentes intervenciones que serán incorporadas en el plan de acción del programa. Los ejemplos para cada una están en las páginas a continuación en las Tablas 5 y 6. Una vez que el programa o instalación comience a implementar el plan de acción del programa o las soluciones específicas identificadas colectivamente por el equipo, el equipo debe continuar monitoreando el progreso hacia la resolución del problema.

Tabla 5—Estableciendo la prioridad en la hoja de trabajo para soluciones potenciales (Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción)

Proyecto/Organización: Fortalecer la prevención existente en la transmisión del VIH de la madre al niño (PTV) en las clínicas/servicios de VIH o mejorar los servicios/clínicas del PTV

Soluciones potenciales	Magnitud	Factibilidad/Apoyo	Cambio en el costo	Otros recursos necesarios	Capacidad	Total
Por favor enumere las soluciones propuestas y califíquelas de acuerdo a cada uno de los criterios	Gran escala = 4 Escala mediana = 3 Escala baja = 2 Escala muy baja = 1	Altamente factible = 4 Buena factibilidad = 3 Baja factibilidad = 2 No es factible = 1	Bajo costo = 4 Costo medio = 3 Alto costo = 2 Muy alto = 1	Mínimo = 4 Pocos = 3 Varios = 2 Significativos = 1	Existe excelente capacidad = 4 Existe Buena capacidad = 3 Existe capacidad justa = 2 Existe poca capacidad = 1	
1. Llevar a cabo encuestas confidenciales con los clientes para entender por qué los clientes no reciben profilaxis antirretroviral (ARV)	3	4	4	4	4	19
2. Llevar cabo una sesión de planificación interna del proyecto y reuniones con las contrapartes para evaluar y resolver las barreras de los clientes que están recibiendo profilaxis antirretroviral (ARV)	3	4	4	3	4	18
3. Fortalecer los vínculos entre las clínicas y las parteras en la comunidad así como con las que tradicionalmente atienden los partos iniciando capacitación y los foros de discusión	4	3	2	3	3	15
4. Volver a capacitar al personal en técnicas de consejería para mejorar la toma de los ARV	3	3	2	2	3	13
5. Desarrollar un sistema dinámico de suministros y logística para monitorear la toma de los ARV a través de todo el país	4	2	1	2	3	12

Tabla 6—Plan de acción del programa (Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción)

Proyecto/Organización: Fortalecer la prevención existente en la transmisión del VIH de la madre al niño (PTV) en las clínicas/servicios de VIH o mejorar los servicios/clínicas del PTV

Fecha: 20 de junio de 2010

Actividad o Intervención	Línea Base	Meta	Detalles de la actividad/pasos involucrados	Persona responsable	Otras contrapartes	Plazos generales	Persona responsable del monitoreo
Indicador para monitorear el éxito: Porcentaje de clientes VIH-positivas en la clínica prenatal que reciben tratamiento profiláctico antirretroviral (ARV).	40%	100%					
1. Llevar a cabo encuestas confidenciales con los clientes para entender por qué los clientes no reciben una profilaxis con ARV			Diseño y planeación de la encuesta	Asesor de la investigación	Personal médico en las clínicas, grupos locales para personas viviendo con VIH/SIDA (PLWHA)	Sept 2010	Subdirector del proyecto
			Implementar la encuesta y divulgar los hallazgos	Asesor de la investigación	Personal médico en las clínicas, grupos locales para personas viviendo con VIH/SIDA (PLWHA), asesor médico en jefe	Dec 2010	Subdirector del proyecto
2. Llevar a cabo una sesión de planificación interna del proyecto y reuniones con las contrapartes para evaluar y resolver las barreras de los clientes recibiendo profilaxis con ARVs			Convocar a las contrapartes a discutir las barreras y soluciones potenciales	Subdirector del proyecto	Asesor político, asesor de investigación, asesor médico, personal médico en las clínicas, líderes comunitarios	Dec 2010	Director del Proyecto
			Desarrollar y comenzar a implementar el plan para resolver las barreras	Subdirector del proyecto	Asesor político, asesor de investigación, asesor médico, personal médico en las clínicas, líderes comunitarios	Feb 2011	Director del Proyecto
3. Fortalecer los vínculos entre las clínicas y las parteras de la comunidad así como los que tradicionalmente atienden los nacimientos por medio de las capacitaciones y foros de discusión			Llevar a cabo capacitaciones sobre habilidades para salvar la vida de niños pequeños y PTV	Oficial médico en jefe	Asesor de partera, asesor de salud neonatal, personal médico en las clínicas, parteras de la comunidad	Sept 2010	Subdirector del proyecto
			Iniciar los foros mensuales de discusión en la primera capacitación para permitir iniciar vínculos y relaciones más fuertes entre los empleados de la clínica y los que atienden partos en la comunidad	Asesor de partera	Oficial médico en jefe, otros asesores, personal médico en las clínicas, personal que atienden los partos en las comunidades, líderes comunitarios	Oct 2010	Subdirector del proyecto

Paso 7 | Continuar monitoreando los indicadores claves

Su programa puede elegir analizar e interpretar los datos una vez y luego tomar acción, o quizás su programa o sitio necesite monitorear varios indicadores a través del tiempo para desarrollar, probar y validar las soluciones. El curso que usted elija dependerá de una variedad de factores, incluyendo el tamaño del programa o centro, la naturaleza de las preguntas de interés prioritarias y si cualquier problema fue recalcado durante la interpretación de datos (Paso 5). Muchos programas han desarrollado su propio marco para mejorar la calidad de su programa o servicio y han diseñado herramientas, como las hojas de cálculo y tableros de mandos, con el fin de monitorear sus esfuerzos en la implementación y mejora de programas.

Un conjunto de estas herramientas es el sistema llamado Health Care Improvement Project's Documentation, Analysis, and Sharing (DAS). Las herramientas DAS están diseñadas para ayudar a los equipos a monitorear y evaluar sus esfuerzos para mejorar la calidad de sus servicios mediante el análisis de sus resultados y determinar cuáles cambios conllevaron realmente a la mejora. Las herramientas también facilitan el trabajo de sintetizar lo que se aprende en los diferentes equipos para permitir que estas buenas prácticas se diseminen. Estas herramientas pueden ser consultadas en el portal de Health Care Improvement en la siguiente dirección electrónica: http://www.hciproject.org/node/1051.

7.1 | ¿Con qué frecuencia debemos monitorear?

La frecuencia del monitoreo (recolección análisis e interpretación continua de indicadores claves) dependerán de la naturaleza del programa y los servicios rendidos así como de la naturaleza de la pregunta de interés. En muchos casos, no puede esperarse que el indicador cambie en el transcurso de un mes y, por lo tanto, es mejor monitorear trimestral o semestralmente, o aún anualmente.

7.2 | ¿Por cuánto tiempo debemos monitorear un indicador particular?

En la medida que usted monitorea los indicadores prioritarios para mejorar los servicios, quizás querrá elegir monitorear estos indicadores con menos frecuencia una vez que su programa mejore en esa área específica. Su equipo puede referenciar la lista priorizada de of preguntas de iInterés. O, en caso de haber pasado un lapso considerable de tiempo, el equipo puede convocar de nuevo a tener una lluvia de ideas para obtener una lista de preguntas de interés y priorizar de nuevo las preguntas (Paso 1 y Paso 2). Así, este proceso se convierte en un ciclo continúo de mejora de programas y servicios.

El fortalecimiento de la práctica de retroalimentar a los puntos de entrega de servicios acerca de su desempeño y hacer que los datos en informes de M&E sean relevantes y que apoyen la toma de decisiones programáticas en todo nivel—especialmente en el punto de entrega de servicios —al final beneficiará la entrega de servicios y los informes del programa. Esto quizás requiera que los programas y centros desarrollen sus propios indicadores de desempeño para el monitoreo interno, agregados a los que se recolectan para propósitos de reportes, pero estos indicadores pueden y deben responder directamente a las preguntas que son prioridades para el personal del centro y del programa.

Ejemplos ilustrativos

1 | Consejería y pruebas de VIH

1.1 | Paso 1: identificar preguntas de interés

Los gerentes de programas apoyando a dos clínicas estaban interesados en solicitar fondos adicionales de una organización donante con el propósito de fortalecer la capacidad de sus clínicas para satisfacer las necesidades de los jóvenes en sus áreas de servicio.

Para justificar sus propuestas y solicitudes, los gerentes de programas querían entender hasta que punto sus clínicas estaban satisfaciendo las necesidades de los jóvenes en sus distritos. Estas clínicas de servicio completas están actualmente apoyadas por una ONG para brindar servicios de consejería y pruebas de VIH (HCT). Aunque estas clínicas están ubicadas en distritos vecinos, la distancia es tal que cada una sirve a una población diferente y sus áreas de servicio no se traslapan.

Los gerentes de programas convocaron a una reunión participativa del personal en las instalaciones de la ONG que actualmente les brinda apoyo financiero o asesoría a las clínicas. Los gerentes de programa, asesores de las clínicas y especialistas de M&E en la ONG se reunieron para, a través de una sesión de lluvia de ideas, identificar las preguntas claves de interés para mejorar los servicios para jóvenes. Se propusieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué porcentaje de los clientes de cada clínica está en el grupo de 15 a 24 años de edad?
- ¿Cuál es el desempeño de la clínica versus la meta para el número de clientes servidos, en el grupo de 15 a 24 años de edad?
- ¿Aumenta cada mes el número de jóvenes atendidos en la clínica?
- ¿En el grupo de los 15 a 24 años de edad, se atiende de manera equitativa a las mujeres como a los hombres? ¿Cuál es la proporción de mujeres versus hombres en el grupo de clientes de 15 a 24 años de edad?
- ¿Cuán efectivo es nuestro programa de consejería pre-prueba para los jóvenes?

1.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés

Después de la sesión de lluvia de ideas, el grupo priorizó las preguntas de interés. El equipo reconoció el tiempo y recursos limitados para responder y monitorear todas las preguntas de interés y decidió enfocarse en dos preguntas específicas:

- ¿Qué porcentaje de la clientela de cada clínica está compuesta por el grupo de clientes de 15 a 24 años de edad?
- ¿Cuán efectivo es nuestro programa de consejería pre prueba para los jóvenes?

El equipo acortó la lista y se quedo únicamente con estas dos preguntas dado que estas preguntas responden directamente a la meta fijada de justificar su argumento en la propuesta en el sentido que las clínicas necesitan fortalecer su capacidad para cumplir con las necesidades de pruebas de VIH para la población de jóvenes. El equipo reconoció que después de analizar estos datos, quizás tengan que responder a preguntas adicionales o realizar más análisis.

1.2.1 | Refining the Question of Interest

Después de la reunión participativa descrita aquí arriba, los gerentes de programas refinaron aun más las preguntas de interés antes de proseguir con el siguiente paso. La pregunta "¿Cuán efectivo es para los jóvenes nuestro programa de consejería pre prueba?" requirió de más especificaciones y refinamiento. Los gerentes de programa razonaron que aún cuando la medición de la efectividad del programa de consejería pre prueba pueda requerir diferentes elementos de datos, o aún esfuerzos para recabar datos especiales, el aumento de los niveles de pruebas de VIH podría ser in indicador de la efectividad de la consejería pre prueba. Ellos identificaron una pregunta más específica y dirigida:

- ¿Qué porcentaje de clientes en edades entre los 15 a 24 años está aceptando la prueba de VIH después de haberse sometido a consejería de pre-prueba?

1.3 | Step 3: Identify Data Needs and Potential Sources

En este ejemplo se demostrará que al incorporar en un análisis el número de clientes en consejería, se puede dar claridad a la retención de clientes y la calidad de servicios ofrecidos en una clínica. Si la consejería que se ofrece no tiene éxito en convencer a los clientes a que se hagan la prueba o a que reciban los resultados de las mismas, entonces, por el momento, no se está maximizando la inversión hecha en el cliente en la clínica en cuanto a los servicios brindados. Al final del día, someterse a consejería y a los servicios de prueba, pero no recibir los resultados de las pruebas es un desperdicio de los recursos.

Tabla 7—Formulario mensual de consejería y pruebas de VIH (CPV)

Clientes CPV	< 15 años		15–24 años		> 24 años		Total
	H	M	H	M	H	M	
Consejería							
Prueba							
VIH positivo							

El próximo paso del equipo era determinar si los datos ya se estaban recabando. Muchos programas habían implementado servicios CPV amigables para los jóvenes o rastreaban el volumen de clientes CPV y pruebas de VIH según las edades, igual que se pide en el formulario. Estos formularios de resumen se recopilan periódicamente a partir de los formularios confidenciales de los clientes. Este formulario pide a los centros de servicio que desglosen el volumen de servicio CPV por grupos etarios:

- menores de 15 años,
- edad entre 15 y 24 años, y
- 25 años o más.

1.3.1 | Aislar el indicador y/o elemento de datos

Para responder a la primera pregunta de interés—¿Qué porcentaje de los clientes de cada clínica CPV está entre los 15 a 24 años de edad?—el equipo decidió usar los datos recabados para el campo 'Número de clientes con consejería en la clínica CPV.' La segunda pregunta—¿Qué porcentaje de clientes en edades entre los 15 a 24 años está aceptando la prueba de VIH?—requiere de dos elementos de datos separados por grupo etario:

- número de clientes en consejería en la clínica CPV, y
- número de clientes a los que se les realizó la prueba.

El equipo concluyó que los datos apropiados ya se están recabando y entonces inició el proceso de transformar estos datos en información que podría agregarse a su propuesta para demostrar los logros y brechas en las clínicas.

1.4 | Pasó 4: Transformar datos en información

Es importante notar que los informes mensuales a gobiernos y donantes no incluyan algunos elementos de datos que se necesitaban para responder a estas preguntas pero que si son recolectados y que se quedan almacenados en los programas y centros. Por ejemplo, algunos donantes no requieren datos acerca del número de clientes en consejería. Más bien, quizás requieran únicamente el número total que se sometió a la prueba y el número que resultó positivo para VIH.

1.4.1 | Analizar los datos y representar los datos en una imagen (grafica/cuadro o tabla)

Estas clínicas están ubicadas en los distritos circundantes pero la distancia es tal que ambas atienden a distintas poblaciones y sus áreas de servicio no se traslapan. Ambas clínicas reportan el mismo número de clientes en el grupo de 15 a 24 años de edad en el más reciente periodo de informe.

1.4.2 | Pregunta 1: ¿Qué porcentaje del Total de Clientes CPV están en edades entre los 15 a 24 años?

El número total de clientes servidos puede ser representado por el número en consejería en la clínica.

CÁLCULO | Use la siguiente fórmula para calcular el porcentaje del total de clientes CPV de 15 a 24 años de edad en cada clínica:

$$\frac{\text{Número de clientes en edad de 15 a 24 años sometidos a consejería}}{\text{Número total de clientes CPV en consejería}} \times 100$$

CÁLCULO | Calcular el numerador:

$$\frac{\begin{array}{l}\text{Número de Hombres en edad de 15 a 24 años sometidos a consejería}\\ +\ \text{Número de Mujeres en edad de 15 a 24 años sometidas a consejería}\end{array}}{\text{Número total de clientes CPV entre las edades de 15 a 24 años sometidos a consejería}}$$

Número total de clientes entre las edades de 15 a 24 años sometidos a consejería en la Clínica A:

$53 + 51 = 104$

Número total de clientes entre las edades de 15 a 24 años sometidos a consejería en la Clínica B:

$69 + 62 = 131$

Tabla 8—Consejería y pruebas de VIH (CPV)

	< 15 años		15–24 años		> 24 años		Total
	H	M	H	M	H	M	
Clientes CPV en clínica A							
Consejería	2	8	53	51	96	96	306
Pruebas	2	8	50	50	95	95	300
VIH positivo	0	0	1	8	11	13	33
Clientes CPV en clínica B							
Consejería	2	8	69	62	310	314	765
Pruebas	2	8	50	50	295	295	700
VIH positivo	0	0	1	1	36	38	76

Denominador: En la Tabla 8 se destaca el número total de clientes CPV que reciben consejería. La Clínica A dio consejería a un total de 306 clientes y la Clínica B a un total de 765 clientes. El porcentaje del total de clientes CPV en edad de 15 a 24 años en cada clínica se puede calcular según se muestra a continuación:

CÁLCULO | **Clínica A:**

$$\frac{104}{306} = 0.34 \times 100 = 34\%$$

Clínica B:

$$\frac{131}{765} = 0.17 \times 100 = 17\%$$

En la Clínica A, los clientes en edad de 15 a 24 años representaron el 34% del volumen total de clientes CPV mientras que en la Clínica B, los clientes de este mismo grupo etario constituyó el 17% de los clientes CPV. Las proporciones o porcentajes de un todo, en general se representan de manera más fácil y entendible cuando se convierten en una gráfica de pastel. Como puede verse en las Figuras 4 y 5, la información clave se transmite en el título de la gráfica y de los nombres en las rebanadas del pastel que se pueden transmitir de distintas maneras. En el Apéndice 1 se puede encontrar otras formas de gráficas y consejos para crear una gráfica, tabla o cuadro útil y con significado.

Figura 4—Clínica A: Más del 30% de clientes CPV son jóvenes adultos en edades de 15 a 24 años

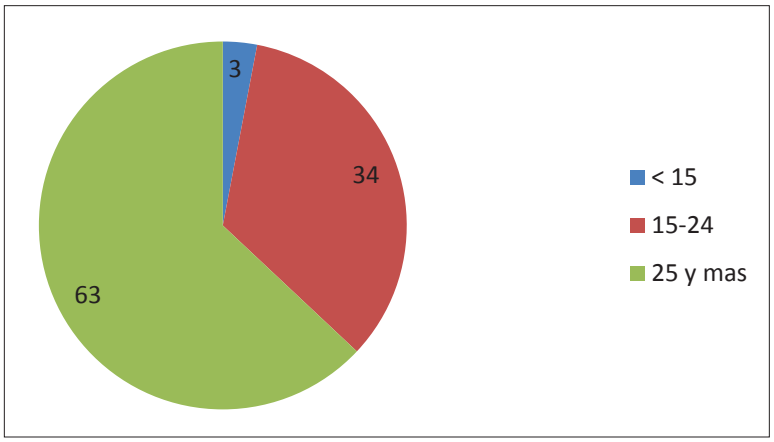
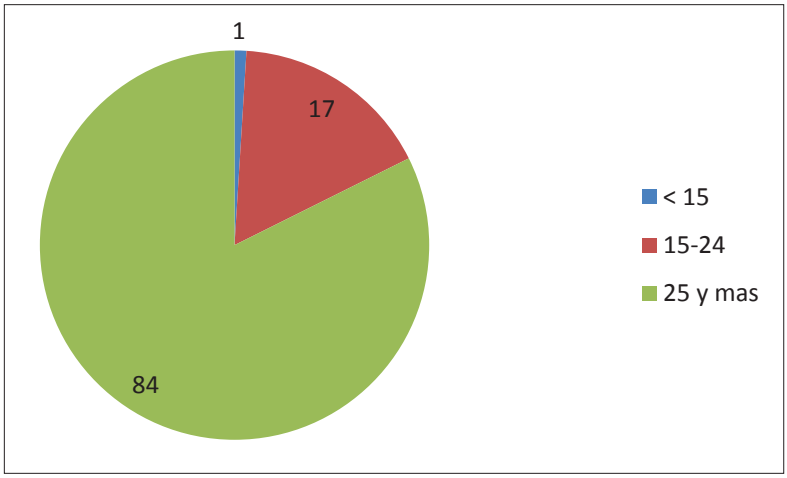


Figura 5—Clínica B: Menos del 20% de clientes CPV son jóvenes adultos en edades de 15 a 24 años



1.4.3 | Pregunta 2: ¿Qué porcentaje de Clientes con consejería en edades de 15 a 24 años aceptaron la prueba VIH?

Mientras que ambas clínicas reportaron 100 clientes en edades de 15 a 24 años que recibieron la prueba del VIH, la Clínica B parece haber perdido clientes que originalmente llegaron a recibir consejería de pre prueba.

CÁLCULO | Para responder a esta pregunta se necesita calcular un porcentaje:

$$\frac{\text{Número de clientes en edad de 15 a 24 años que recibieron la prueba}}{\text{Número de clientes en edad de 15 a 24 años sometidos a consejería}} \times 100$$

Clínica A:

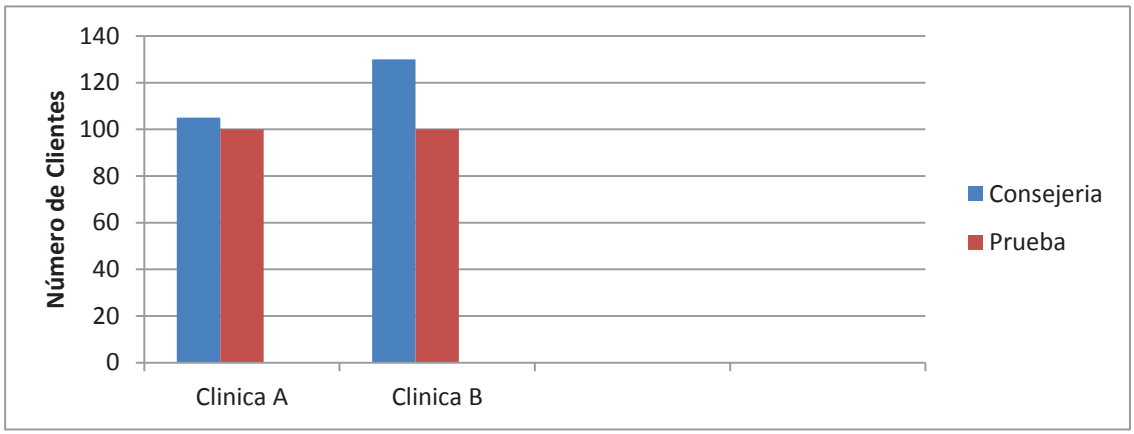
$$\frac{100}{104} = 0.96 \times 100 = 96\%$$

Clínica B:

$$\frac{100}{131} = 0.76 \times 100 = 76\%$$

Se puede usar una gráfica con columnas para presentar una cascada de servicios, especialmente si se desea evaluar la retención de clientes a lo largo de un programa o servicio. Las columnas paralelas también le permiten al lector comparar las clínicas.

Figure 6—Clinic B Retains Only 76% of Counseled Clients for HIV Testing



1.5 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

La interpretación de datos rutinarios y la definición de los próximos pasos para mejorar un programa se hace mejor en grupo. Además de los actores que están en la ONG y que definieron las preguntas de interés, cada uno de los siguientes actores claves puede contribuir al proceso de interpretación, búsqueda de soluciones y toma de acción:

- los gerentes de las clínicas A y B,
- el personal de los programas CPV en estas clínicas,
- los representantes de los jóvenes en el área, y
- •las autoridades de salud a nivel de distrito.

Observe los datos analizados aquí arriba. Obtener aportes de parte de una variedad de personas distintas para la interpretación de los mismos ayudará a evitar las confusiones o malas interpretaciones. ¿Causó sorpresa esta información o era la esperada y ya se entendía? Al revisar las Figuras 4 y 5, parece ser que la Clínica B está llegando a menos jóvenes en la comunidad. Treinta y cuatro por ciento de la clientela de la Clínica A se encuentra entre los 15 a 24 años de edad mientras que 17% de clientes de la Clínica B está en este grupo etario. Al revisar estos datos puede surgir una serie de preguntas entre los actores:

- ¿Cuál puede ser la causa de estas diferencias?
- ¿Difieren las poblaciones en las áreas de servicio de ambas clínicas?
- ¿Se está atendiendo en otro lado a los jóvenes en el área de servicio de la Clínica B?

Además, los datos de la Figura 6 muestran que la Clínica B retuvo únicamente al 76% de clientes entre los 15 a 24 años de edad para la prueba del VIH. ¿Por qué la Clínica B pierde tantos clientes? ¿Por qué la Clínica B pierde clientes con más rapidez que la Clínica A? Es más urgente atender el asunto de perder clientes después de la consejería de pre prueba que atraer más clientes para la consejería y prueba. El equipo quizás quiera averiguar cuál es el porcentaje de todos los clientes en la Clínica B que aceptó la prueba. ¿La Clínica B pierde principalmente a clientes entre 15 a 24 años de edad o la clínica pierde clientes de los demás grupos etarios de igual manera? Para responder a esta pregunta, el equipo debe realizar el mismo cálculo descrito arriba para los demás grupos etarios o para toda la clientela de la Clínica.

Es importante notar que la mejor manera de responder a estas preguntas puede involucrar la triangulación de datos rutinarios con datos provenientes de otras fuentes de datos. Las realidades de otros

programas son tales que hay un límite al tiempo, recursos y experiencias para la recolección de datos adicionales. Los datos rutinarios nos dan perspectivas importantes que pueden explorarse con un amplio grupo de actores para encontrar y probar soluciones. Los actores desarrollaron las siguientes conclusiones además de las preguntas y solicitudes de información adicional delineada aquí arriba:

- Se debe tomar acción prioritaria para reducir la pérdida de clientes para la Prueba del VIH en la Clínica B.
- Se debe investigar más a fondo para entender porque únicamente el 17% de la clientela de la Clínica B está entre los 15 a 24 años de edad.

1.6 Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

Los actores mencionados aquí arriba—gerentes de clínicas, personal de programas CPV y representantes de las comunidades—quizás puedan dar observaciones y anécdotas adicionales y hasta evidencia a partir de las entrevistas y grupos focales para aumentar el entendimiento de las causas subyacentes de cualquiera de los problemas identificados. El programa o los distritos pueden considerar convocar a una reunión gerencial participativa en la cual discutir todos los problemas y observaciones para desarrollar una solución y tomar acción. Los siguientes son asuntos que pueden ser discutidos por los actores en el transcurso del desarrollo de soluciones y de un plan de acción:

- ¿Están las clínicas brindando los servicios de diferentes maneras o apegándose a distintos protocolos? ¿Están los consejeros en las clínicas entrenados de manera distinta o cuentan con distintos recursos? ¿Qué podría aprender la Clínica B de la buena experiencia en retención de clientes de la Clínica A?
- ¿El horario de servicio de la Clínica B es conveniente para los jóvenes? ¿Debe el gerente de la Clínica B tener un horario especial para los jóvenes y así ampliar su cobertura en el área de servicio? Antes de hacer esta inversión, el gerente debe considerar si en el área hay algunos otros servicios CPV con servicios amigables para los jóvenes.

Por lo general, los gerentes de las clínicas no reciben retroalimentación acerca del desempleo de centros en las cercanías pero en este caso valdría la pena compartir el perfil de los centros circundantes y de su clientela. Al entender los servicios que se brindan en los centros cercanos podrían obtener una mejor perspectiva si es que hay clínicas cercanas que brindan servicios para los jóvenes o que tienen más éxito con este grupo etario de la población.

1.7 Incorporar el género en los Siete Pasos

Después de responder a la pregunta inicial acerca de la efectividad de la consejería pre-prueba para los jóvenes en ambas clínicas, los gerentes de programas querían averiguar si existían o no diferencias entre los jóvenes varones y hembras que recibían consejería y aceptaban la prueba del VIH. Esta información sería beneficiosa no solo para cada clínica sino también para la propuesta de financiamiento, ya que la organización donante está interesada en financiar programas que reconozcan la igualdad de género como un paso crucial para la mejora de salud de los individuos y las comunidades.

1.7.1 | Paso1: Identificar las preguntas de interés

Los gerentes de programas identificaron estas preguntas de interés relacionadas con el concepto de género:

- ¿Se atiende de manera equitativa a las mujeres como a los hombres?
- ¿Cuál es la proporción de mujeres versus hombres en el grupo de clientes de 15 a 24 años de edad?
- ¿Cuán efectivos son los servicios de consejería pre-prueba para los hombres versus las mujeres jóvenes

1.7.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas de interés claves

Después de alguna discusión, el grupo seleccionó la siguiente pregunta:

- ¿Qué porcentaje de clientes hombres versus mujeres entre los 15 a 24 años de edad aceptó la prueba del VIH después de la consejería pre-prueba?

1.7.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y las fuentes potenciales

Este paso requirió poco esfuerzo adicional. Los datos ya estaban por género así que el equipo decidió hacer un nuevo cálculo de la información que se necesitaba, utilizando los datos existentes.

1.7.4 | Paso 4: Transformar los datos en información

El equipo usó el mismo proceso y cálculos que habían completado y decidieron calcular la información en dos etapas: la primera etapa era responder a la Pregunta 1:

Pregunta 1: ¿Qué porcentaje de clientes hombres versus mujeres entre los 15 a 24 años de edad aceptaron consejería?

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de clientes HCT entre los 15 a 24 años de edad que son mujeres:

$$\frac{\text{Número de clientes HCT mujeres entre los 15 a 24 años de edad con consejería}}{\text{Número total de clientes HCT mujeres entre los 15 a 24 años de edad con consejería}} \times 100$$

Haga la misma operación para los clientes hombres:

$$\frac{\text{Número de clientes HCT hombres entre los 15 a 24 años de edad con consejería}}{\text{Número total de Clientes HCT entre los 15 a 24 años de edad con consejería}} \times 100$$

Tabla 9—Consejería y pruebas de VIH (CPV)

	< 15 años		15–24 años		> 24 años		Total
	H	M	H	M	H	M	
Clientes CPV en clínica A							
Consejería	2	8	53	51	96	96	306
Pruebas	2	8	50	50	95	95	300
VIH positivo	0	0	1	8	11	13	33
Clientes CPV en clínica B							
Consejería	2	8	69	62	310	314	765
Pruebas	2	8	50	50	295	295	700
VIH positivo	0	0	1	1	36	38	76

En un ejemplo previo se calculó el número total de clientes CPV entre los 15 a 24 años de edad—la Clínica A dio consejería a 104 clientes entre los 15 a 24 años de edad, y la Clínica B dio consejería a 131 entre los 15 a 24 años de edad. Usando estas cifras, se calculó el porcentaje de clientes hombres y mujeres entre los 15 a 24 años de edad en cada clínica:

CÁLCULO

Clínica A (Mujeres):

$$\frac{51}{104} = 0.49 \times 100 = 49\%$$

Clínica A (Hombres):

$$\frac{53}{104} = 0.51 \times 100 = 51\%$$

Clínica B (Mujeres):

$$\frac{62}{131} = 0.47 \times 100 = 47\%$$

Clínica B (Hombres):

$$\frac{69}{131} = 0.53 \times 100 = 53\%$$

En la Clínica A, la mujeres representaron el 49% de clientes entre los 15 a 24 años de edad que recibieron consejería, y en la Clínica B, las mujeres representaron 47% de los clientes en consejería. La proporción de mujeres versus hombres parecía ser equivalente pero los gerentes de programas decidieron terminar la investigación contestando la pregunta de cuál es el porcentaje de hombres y mujeres en consejería que aceptaron hacerse la prueba del VIH.

Pregunta 2: ¿Qué porcentaje de clientes hombres versus mujeres entre los 15 a 24 años de edad aceptaron hacerse la prueba del VIH?

Responder a esta requiere de nuevo calcular un porcentaje. El equipo usó la misma fórmula anterior pero esta vez separándola por género:

CÁLCULO | **Mujeres:**

$$\frac{\text{Número de clientes HCT mujeres entre los 15 a 24 años de edad que recibieron la prueba}}{\text{Número total de clientes HCT mujeres entre los 15 a 24 años de edad con consejería}} \times 100$$

Hombres:

$$\frac{\text{Número de clientes HCT hombres entre los 15 a 24 años de edad que recibieron la prueba}}{\text{Número total de clientes HCT hombres entre los 15 a 24 años de edad con consejería}} \times 100$$

Clínica A (Mujeres):

$$\frac{50}{51} = 0.98 \times 100 = 98\%$$

Clínica A (Hombres):

$$\frac{50}{53} = 0.94 \times 100 = 94\%$$

Clínica B (Mujeres):

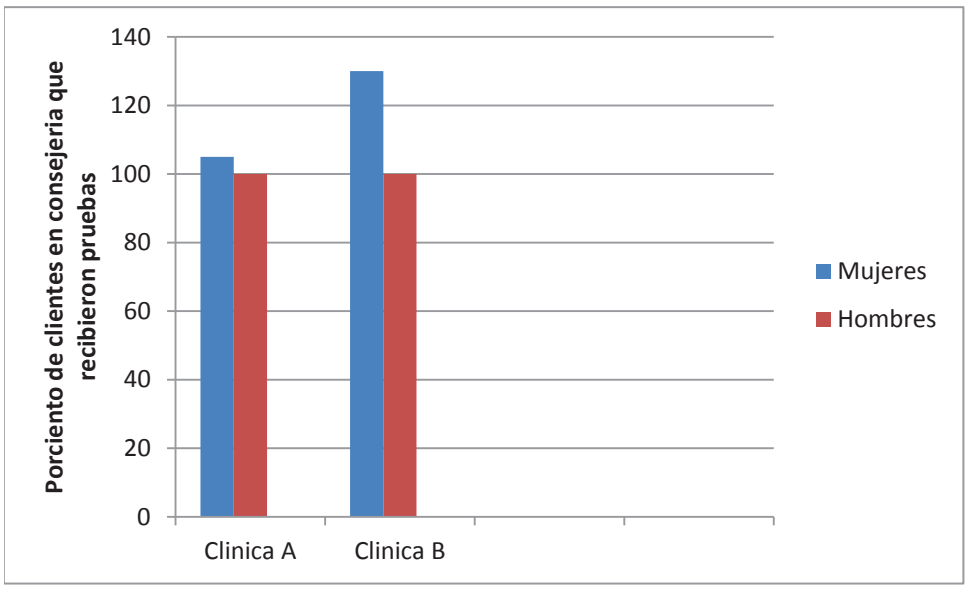
$$\frac{50}{62} = 0.81 \times 100 = 81\%$$

Clínica B (Hombres):

$$\frac{50}{69} = 0.72 \times 100 = 72\%$$

Esta vez también se puede usar una gráfica con columnas para presentar los resultados y comparar las diferencias entre géneros y clínicas.

Figura 7—Jóvenes que aceptan la prueba del VIH



A pesar de haber más hombres que mujeres que aceptan la consejería en cada una de las clínicas, los cálculos revelaron que fueron las mujeres las que más aceptaron la prueba versus los hombres en ambas clínicas. La diferencia en proporción de hombres versus mujeres en aceptar la prueba fue mayor en la Clínica B.

1.7.5 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

Los actores se enfocaron en interpretar los nuevos hallazgos, elaborar soluciones y tomar acción. El equipo también decidió pedirles a más miembros del personal del programa a que formaran parte de la interpretación de los datos. La inclusión de personal adicional le brinda al grupo de actores una representación más balanceada en términos de género. Los actores podían discutir cualquiera de las siguientes preguntas:

- ¿Qué otra causa puede explicar estas diferencias de género?
- ¿Por qué mas hombres aceptan la consejería pero son más las mujeres que aceptan la prueba?
- ¿La consejería para hombres y para mujeres es distinta? ¿Se les permite a las mujeres tomar la decisión por sí mismas?
- ¿Están las normas o el estigma afectando quienes aceptan la prueba del VIH?
- ¿Qué diferencia hay en la Clínica B que causa una diferencia más pronunciada de género?

Una vez más, sería importante considerar hacer los mismos cálculos para otros grupos etarios o para toda la población con el fin de averiguar si las diferencias de género están únicamente en los clientes de los 15 a 24 años de edad o si es en toda la clientela servida por las clínicas.

1.7.6 | Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

Este sería buen momento de volver a animar la retroalimentación por parte de los actores que quizás tengan perspectivas adicionales con respecto a estos resultados. Puede que sea importante discutir las siguientes preguntas mientras se desarrolla una solución y se toma la acción:

- ¿Se trata diferente a los clientes hombres que a las mujeres?
- ¿Sería de beneficio que los consejeros recibieran capacitación para asegurar un trato igualitario a los hombres y mujeres?
- ¿Hay factores externos o parcialidades que presionan a los hombres a declinar la prueba mientras que presionan a las mujeres a aceptarla?
- ¿Qué puede hacerse para investigar más profundamente las diferencias en el uso del servicio o la adherencia al tratamiento?

Es importante recordar que siempre se debe considerar que el género podría influenciar en los cuidados o resultados de cualquier programa o clínica. El concepto de género se está incorporando en los programas y políticas de salud en todos los niveles—locales, nacionales e internacionales. Asegurar que los hombres y mujeres tengan un acceso igualitario al tratamiento en todo el proceso de la programación, provisión y evaluación de los cuidados de salud es crucial para el avance del estado de salud de todos las personas en todo el mundo .

2 | Prevención de la transmisión vertical del VIH—*Consejería*

2.1 | Paso 1: Identificar las preguntas de interés

Un programa de capacitación para la consejería y las pruebas de VIH para mujeres embarazadas incluyo al personal de una clínica que sirve a tres millones de personas a través de dos distritos. El programa de capacitación fue implementado por el personal del centro sin tomar en consideración el desempeño actual del centro o las oportunidades específicas para mejorar el desempeño. A los consejeros se les impartió capacitación y materiales de promoción y otros para distribuir entre los clientes. Seis meses después de la capacitación y del piloto de estos nuevos enfoques de consejería, una variedad de actores solicitó que se evaluaran los nuevos enfoques de consejería. La meta nacional para que mujeres embarazadas acepten la prueba del VIH y reciban los respectivos resultados en los centros de salud es 80%. Al equipo de M&E se le encomendó el análisis de datos disponibles y que los presentaran de manera gráfica para que el personal del centro los interpretara y presentara a los actores internos y externos. Esta era la pregunta clave de interés:

- ¿Los nuevos procedimientos de consejería han aumentado la proporción de clientes en cuidados prenatales (CP) que aceptan la prueba y reciben sus resultados de la prueba de VIH?

2.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés

Ya que había una sola pregunta, no hubo necesidad de priorizar las preguntas. No obstante la pregunta sí requería de mayor refinamiento para asegurar que se brindaran los datos apropiados para responderla. El equipo de M&E razonó que aún cuando la medición de efectividad del programa de consejería pre prueba requiera distintos elementos de datos, ellos comenzarían con responder a lo siguiente:

- En los 5 meses posteriores a la implementación de los nuevos procedimientos de consejería, ¿aumentó el porcentaje de cliente de control prenatal (CP) que recibieron los resultados de su prueba del VIH en comparación con los 5 meses previos al programa de capacitación que recibieron los consejeros?

2.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El próximo paso para el equipo era determinar si los datos ya se estaban recabando. El equipo concluyó que los datos apropiados ya se estaban recolectando y entonces inició el proceso de transformar los datos en información.

2.3.1 | Aislar el indicador y/o elemento del dato

El equipo decidió usar estos elementos de datos con el fin de responder a la pregunta de interés:

- Número de primeras visitas para CP
- Número de mujeres en CP que recibieron el resultado de la prueba del VIH

2.4 | Paso 4: Transformar datos en información

2.4.1 | Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

El equipo M&E tomó los siguientes pasos para analizar los datos:

- Separar los datos mensuales en 2 grupos—5 meses antes de la intervención y 5 meses después de la intervención. Eligieron no incluir el mes en que los consejeros recibieron la capacitación sobre los nuevos procedimientos (Febrero 2009).
- Para cada mes, computar la proporción de clientes CP que recibieron el resultado de la prueba del VIH, dividiendo el número de mujeres que recibieron su resultado de la prueba del VIH entre el número de primeras visitas para CP.
- Computar el promedio multiplicando por 100.
- Registrar las tendencias de tiempo (porcentaje en cada mes).

Para demostrar diferentes situaciones y oportunidades de análisis e interpretación, presentamos dos escenarios diferentes—Ejemplos A y B.

2.5 | Ejemplo A

The following formula was used for each of the 5 months prior to implementing the new counseling procedures (September 2008 to January 2009) and for each of the 5 months following the implementation of the new counseling procedures (March to July 2009).

Tabla 10—Ejemplo A: Porcentaje de clientes de control prenatal (CP) que recibieron el resultado de la prueba del VIH

Fecha	No. de mujeres en su primera visita a CP	No. de mujeres que recibieron los resultados de la prueba	%
Septiembre 2008	735	478	65
Octubre 2008	764	443	58
Noviembre 2008	721	541	75
Diciembre 2008	680	422	62
Enero 2009	744	494	66
Marzo 2009	735	492	67
Abril 2009	750	480	64
Mayo 2009	801	657	82
Junio 2009	663	517	78
Julio 2009	680	646	95

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de mujeres que asistieron al CP y recibieron sus resultados de la prueba del VIH en septiembre del 2008:

$$\frac{\text{Número de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas}}{\text{Número total de mujeres que asistieron al CP}} \times 100 \rightarrow \frac{478}{735} = 0.65 \times 100 = 65\%$$

Las Figuras 7 y 8 muestran el porcentaje de mujeres que recibieron sus resultados de la prueba del VIH en la clínica de CP durante los 5 meses previos a la intervención de consejería y los 5 meses posteriores al inicio de la intervención de consejería.

Figura 8—Porcentaje de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas de VIH en el CP en los 5 meses previos a la intervención de consejería

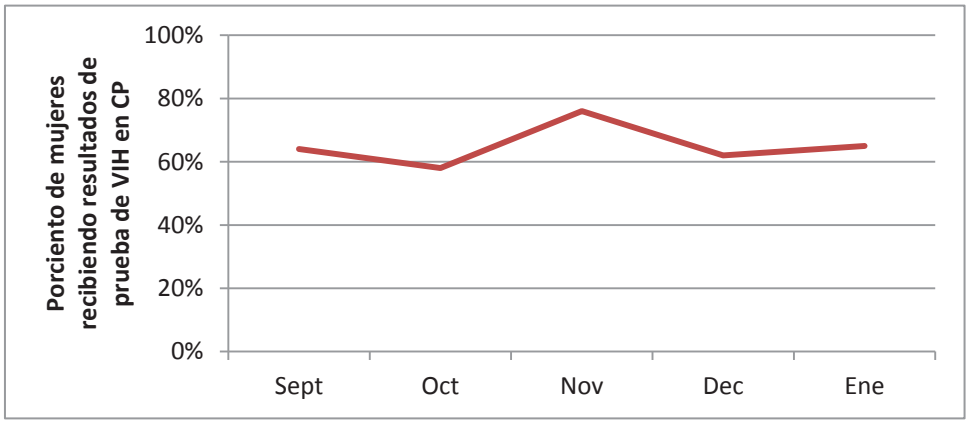
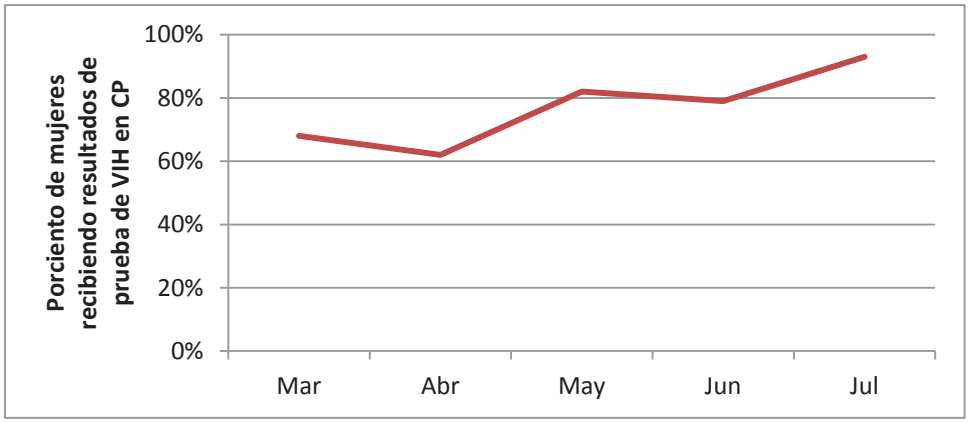


Figura 9—Porcentaje de mujeres que reciben los resultados de las pruebas de VIH durante los 5 meses posteriores a la intervención de consejería en una clínica de CP



2.5.1 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

La interpretación de datos y la definición de los próximos pasos para mejorar el programa son tareas que se conducen mejor cuando las realiza un grupo. Además de los asignados al centro, hay otros actores claves que pueden contribuir también a la interpretación de estos datos, entre los cuales están:

- otros centros que participaron en el programa de capacitación,
- clientes de CP que pudiesen ser clientes que regresan a la clínica repetidamente,
- representantes de la organización o del donante que impartió la capacitación y
- representantes distritales.

Veamos los datos analizados aquí arriba. Antes de la implementación de los nuevos procedimientos de consejería, el centro no había alcanzado la meta nacional de 80% de embarazadas atendidas en los centros de salud y recibiendo sus resultados de la prueba del VIH. El avance hacia esta meta era bastante estable y consistente. A los tres meses de implementar los nuevos procedimientos, el centro alcanzó la meta. El gerente del centro señaló que también deben considerar que el cambio podría

deberse a otros factores o intervenciones no relacionadas con los nuevos procedimientos de consejería. ¿Hay algunos centros cercanos que no implementaron nuevos procedimiento de consejería? De ser así, ¿cuál ha sido su tendencia durante el año recién pasado? ¿Hubo otros cambios o diferencias en el centro durante este tiempo? ¿Estuvo presente el mismo personal durante este tiempo? La revisión de datos disponibles con frecuencia puede conllevar a preguntas adicionales. En este caso, los actores identificaron las siguientes preguntas adicionales:

- ¿Están más mujeres recibiendo los resultados de sus pruebas desde la implementación de la intervención que antes de la intervención?
- ¿Es posible que la tendencia ascendente en los meses de mayo, junio y julio se deba al cambio de temporada y no a la intervención? ¿Qué porcentaje de mujeres recibieron los resultados de la prueba del VIH en la clínica de control prenatal cada mes durante un año completo antes de la intervención?
- ¿Otros centros en esta zona implementaron los mismos procedimientos de consejería? De ser así, ¿tuvieron resultados similares?
- ¿Podría una sala de maternidad instituir que la prueba del VIH sea obligatoria para mujeres monitoreadas en las clínicas de CP que antes no han tenido un buen desempeño?

2.5.2

Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

Parece ser que la nueva intervención de consejería puede haber tenido un efecto positivo en el número de mujeres que reciben el resultado de la prueba del VIH. La implementación de los nuevos procedimientos de consejería fue piloteada en este centro y aunque más análisis y recolección de datos darían una respuesta definitiva a la pregunta, este análisis inicial es útil en identificar el posible efecto del programa. Sería prudente realizar una investigación adicional de las preguntas enumeradas aquí arriba así como de otros factores antes de implementar una extensión.

Tal y como se mencionó antes, se debe asumir que el centro desempeñó de manera distinta en los 5 meses previos al nuevo programa de consejería. Esto podría tener un impacto al interpretar los hallazgos y las acciones como se detalla a continuación.

2.6 Ejemplo B

Se uso la siguiente fórmula para cada uno de los 5 meses previos a la implementación de los nuevos procedimiento de consejería (septiembre 2008 a enero 2009) y para cada uno de los 5 meses posteriores a la implementación de los nuevos procedimientos de consejería (marzo a julio 2009).

Tabla 11—Ejemplo B: Porcentaje de clientes de control prenatal (CP) que recibieron el resultado de sus pruebas

Fecha	No. de mujeres en su primera visita a CP	No. de mujeres que recibieron los resultados de la prueba	%
Septiembre 2008	735	257	35
Octubre 2008	764	336	44
Noviembre 2008	721	440	61
Diciembre 2008	680	394	58
Enero 2009	744	494	66
Marzo 2009	735	492	67
Abril 2009	750	480	64
Mayo 2009	801	657	82
Junio 2009	663	517	78
Julio 2009	680	646	95

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de mujeres que asistieron al CP y recibieron sus resultados de la prueba del VIH en septiembre del 2008:

$$\frac{\text{Número de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas}}{\text{Número total de mujeres que asistieron al CP}} \times 100 \rightarrow \frac{257}{735} = 0.349 \times 100 = 35\%$$

2.6.1 | Paso 5: Interpretar la información y sacarr conclusiones

Tal y como se mencionó en el ejemplo A, la interpretación de datos y la definición de los próximos pasos para mejorar el programa son tareas que se conducen mejor cuando las realiza un grupo. Además de los asignados al centro, hay otros actores claves que pueden contribuir también a la interpretación de estos datos, incluyendo:

- Otros centros que participaron en el programa de capacitación,
- Clientes de CP que pudiesen ser clientes que regresan a la clínica repetidamente,
- Representantes de la organización o del donante que impartió la capacitación y
- Representantes distritales.

Figura 10—Porcentaje de mujeres que reciben los resultados de la prueba del VIH en la clínica de CP durante los 5 meses previos a la intervención de consejería

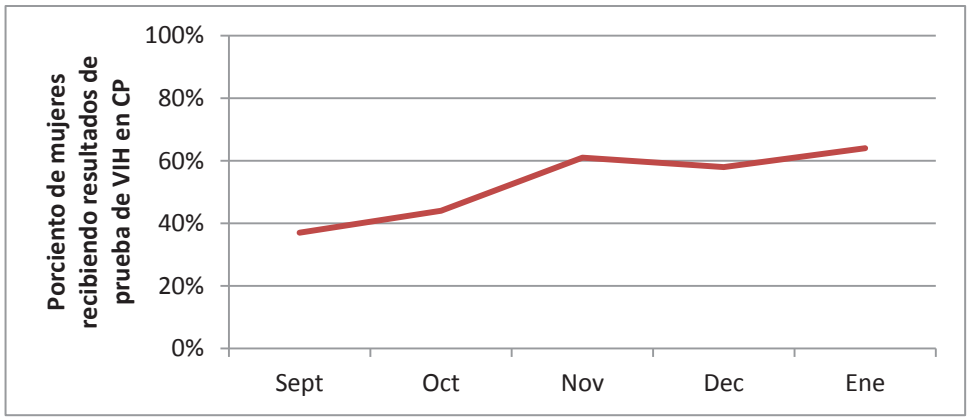
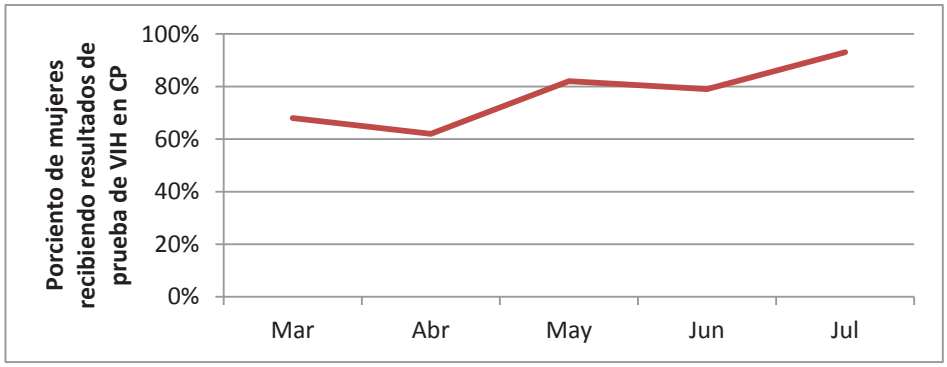


Figura 11—Porcentaje de mujeres que reciben los resultados de la prueba del VIH en la clínica de CP durante los 5 meses posteriores a la intervención de consejería



Veamos los datos analizados aquí arriba. Antes de la implementación de los nuevos procedimientos de consejería, el centro no había alcanzado la meta nacional de 80% de embarazadas atendidas en los centros de salud y recibiendo sus resultados de la prueba del VIH. A los tres meses de implementar los nuevos procedimientos, el centro alcanzó la meta. En los seis meses previos a la implementación de los nuevos procedimientos para consejería, el número y porcentaje de mujeres que recibieron sus resultados de la prueba del VIH ascendió y esta tendencia continuó después de la intervención.

El gerente del centro señaló que también deben considerar que el cambio podría deberse a otros factores o intervenciones no relacionadas con los nuevos procedimientos de consejería. A primera vista parece que la nueva intervención de consejería quizás tuvo un efecto positivo en el número de mujeres que reciben sus resultados de la prueba del VIH. No obstante, al revisar los meses previos a la intervención, se nota una tendencia ascendente en el porcentaje de mujeres que asisten a la clínica de CP que reciben los resultados de la prueba del VIH y esto continúa a través de los 5 meses subsiguientes. No está claro si la intervención tuvo o no un rol en el aumento del porcentaje de mujeres que reciben sus resultados de la prueba del VIH.

2.6.2 | Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

Los resultados en ambas situaciones son positivos. Se retiene a un mayor número de embarazadas a través de los servicios de CP y consejería y pruebas de VIH. A no ser que la continuación de estos nuevos procedimientos de consejería implique costos significativos, la acción más probable es continuar implementando el programa. Si la implementación de los nuevos procedimientos de consejería se estuviera piloteando en esta instalación, sería prudente investigar adicionalmente las preguntas a continuación y otros factores adicionales antes del escalamiento del programa. ¿Otros centros en esta zona implementaron los mismos procedimientos de consejería? De ser así, ¿tuvieron resultados similares?¿Hay otros centros que no implementaron los nuevos procedimientos de consejería? De ser así, ¿cuál ha sido su tendencia en el último año? ¿Hubo otros cambios o diferencias en el centro? ¿Hubo personal nuevo o fue el mismo durante el periodo?

Los actores mencionados aquí arriba identificaron las siguientes preguntas adicionales:

- ¿Están más mujeres recibiendo los resultados de sus pruebas después de haber implementado la intervención que antes de la implementación?
- ¿Se adoptaron otras intervenciones en los años anteriores a la capacitación de consejeros y los nuevos procedimientos de consejería en el mes de febrero?
- ¿Hay otros centros en la zona que usan los mismos procedimientos nuevos de consejería? De ser así, ¿tuvieron resultados similares?

3 | Prevención de la transmisión madre-a-hijo del VIH—*Retención y desempeño*

3.1 | Paso 1: Identificar las preguntas de interés

Un prominente proyecto de VIH y SIDA financiado por un donante ha estado apoyado centros durante más de un año. Como el proyecto empezaba a finalizar un plan y presupuesto para su operación en el año próximo, el liderazgo ejecutivo del proyecto decidió evaluar su desempeño, ver sus necesidades programáticas y las brechas existentes a nivel del centro. Convocaron a una reunión de los actores para diagnosticar estas necesidades y determinaron que los actores estaban preocupados acerca de la retención de los clientes.

El proyecto facilitó una sesión de lluvia de ideas para identificar las siguientes preguntas claves de interés:

- ¿Qué porcentaje de clientes que acuden al centro en cuestión son realmente probados por VIH?
- ¿Cuales sitios necesitan atención especial para mejorar la aceptación de ARV profilácticos?
- ¿Las clientas que son VIH positivas reciben consejería y orientación acerca de la alimentación de su bebé?
- ¿Qué porcentaje de clientes VIH positivas traen a su niño para un continuo monitoreo y diagnóstico?
- ¿Nuestra instalación tiene un inventario suficiente de kits de pruebas VIH y otros suministros necesarios?

DIAGNOSTICO DE LA RETENCIÓN DE CLIENTES Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS

En este ejemplo se mostrará que los siguientes factores—(1) el número de clientes con consejería, (2) número de clientes con pruebas subsecuentes, (3) número de clientes que reciben los resultados, y (4) número de clientes que reciben profilaxis ARV—pueden dar claridad a la retención de clientes y calidad de servicios en la clínica. Si la consejería ofrecida no tiene éxito en convencer a los clientes a aceptar la prueba o a recibir los resultados, entonces no está maximizando la inversión en el cliente y en la clínica en los servicios clínicos brindados hasta el momento.

Darle consejería acerca de su estado de VIH a una cliente VIH positiva y no darle una profilaxis ARV es una oportunidad perdida para prevenir la infección de VIH entre los niños y también constituye un desperdicio de los recursos ya invertidos en la cliente. Recibir los servicios de consejería y la prueba pero no recibir los resultados de la prueba es, al final del día, un desperdicio de recursos. Es más urgente prevenir la pérdida de clientes que conocen su estado, que han aceptado la prueba o que han recibido la consejería pre prueba que atraer más clientes para los servicios de consejería y pruebas.

3.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés

Después de la sesión de lluvia de ideas, el grupo reconoció la necesidad de evaluar el desempeño del centro en cada punto de entrega de prevención de transmisión vertical del VIH (PTV) de los servicios de VIH. El equipo optó por ver toda la gama de servicios de PTV (prevención de transmisión

vertical) (Tabla 12) ya que responde directamente a su meta establecida de entender cualquier necesidad vital o brecha y ofrecer los servicios con eficiencia y efectividad.

Tabla 12—Prevención de la transmisión madre-a-hijo del VIH

Medida		Cuidado prenatal	Maternidad	Clínica posnatal	Totales
A No. de visitas	Primeras visitas				
	Revisitas				
B No. de mujeres	Aconsejadas				
	Recibiendo prueba				
	Con resultados de la prueba recibidos				
	VIH positivas				
C No. de mujeres en consejería y recibiendo la prueba en primera visita					
D No. de mujeres que recibieron antirretrovirales preventivos					
E No. de niños lactantes en dosis de nevirapine	Ingresados				
	Administrados				
F No. de clientes que empezaron cotrimoxazole	Mujeres				
	Niños lactantes				
G No. de compañeros (parejas)	Aconsejados				
	Recibiendo prueba				
	VIH Positivos				
H Clientes de HIV-positivos referidos para seguimiento	Madres				
	Niños lactantes				
	Compañeros				
I No. de madres aconsejadas en opciones de alimentos para niños lactantes					
J No. de niños lactantes examinados para el VIH	En 6 semanas				
	Después de 3 meses				

3.2.1 | Refinando las preguntas de interés

Después de la reunión participativa descrita aquí arriba, en el equipo refinaron aun más las preguntas de interés antes de ir con el siguiente paso. El grupo decidió evaluar el programa de consejería y pruebas analizando los datos acerca del número de primeras visitas al centro de CP, el número de mujeres que aceptaron consejería, el número que aceptaron la prueba, y el número que recibió los resultados de la prueba. Después del análisis, el equipo decidió usar los siguientes indicadores:

- número de mujeres que resultaron ser VIH positivas,
- número de mujeres que recibieron los resultados de la prueba,
- número de mujeres que aceptaron la prueba,
- número de mujeres que aceptaron la consejería,
- número de primeras visitas, y
- número de mujeres que aceptaron consejería y prueba en la primera vista.

3.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El equipo identificó indicadores adicionales recolectados en el formulario de la Tabla 13 que podrían contribuir a su comprensión del desempeño de la instalación en su oferta de servicios de PTV. Estos datos están disponibles en el informe mensual que envía la instalación a los donantes y actores claves. A continuación se presentan algunos elementos de datos específicos incluidos en este ejemplo:

- número de mujeres que reciben ARV preventivo,
- número de mujeres con pruebas de VIH positivas,
- número de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas,
- número de mujeres que aceptaron la prueba,
- número de mujeres que aceptaron la consejería, y
- número de primeras visitas al CP.

3.4 | Paso 4: Transformar datos en información

3.4.1 | Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

El grupo comenzó presentando gráficamente la cascada de servicios de PTV brindados en los últimos 6 meses. Estos datos se muestran en la Tabla 13. El oficial de M&E para cada instalación recopiló 6 meses de datos y trazó los indicadores anotados aquí arriba en una gráfica de columna para cada uno de los centros. El grupo involucró en la discusión al personal del Centro 5 pero no incluyó sus datos ya que el programa hacia poco había comenzado sus operaciones en el centro y tenían aún pocos clientes.

El Centro 4 presentó sus datos según se muestra en la Figura 12. Los gerentes de programas para el proyecto en el centro notaron que al ver las cifras mensuales, el Centro 4 parecía tener una mejora continua a través del periodo de 6 meses y concluyeron que no se necesitaban tomar alguna acción por el momento. Otros centros presentaron gráficas similares para sus datos. Pero el Centro 2, por otro lado—(Figura 13)—había perdido un porcentaje de clientes más alto que los demás centros y había visto un número mayor de clientes dejar su centro sin recibir sus resultados.

Tabla 13—Prevención de la transmisión madre-a-hijo del VIH

Mes	No. de mujeres que son VIH positivas	No. de mujeres ingresadas a las que se les dió antirretrovirales preventivos	%
Centro 1			
Mayo	35	29	83
Junio	29	25	86
Julio	32	29	91
Agosto	26	22	85
Septiembre	38	33	87
Octubre	36	32	89
Centro 2			
Mayo	92	63	68
Junio	101	65	64
Julio	91	61	67
Agosto	95	62	65
Septiembre	98	66	67
Octubre	101	65	64
Centro 3			
Mayo	9	6	67
Junio	9	6	67
Julio	5	4	80
Agosto	6	5	83
Septiembre	10	7	70
Octubre	11	9	82
Centro 4			
Mayo	28	18	64
Junio	30	20	67
Julio	29	23	79
Agosto	31	25	81
Septiembre	27	24	89
Octubre	35	31	89
Centro 5			
Mayo	0	0	0
Junio	2	2	100
Julio	0	0	0
Agosto	1	1	100
Septiembre	1	0	0
Octubre	0	0	0

Figura 12—Porcentaje de clientes retenidos a través de cada paso de servicios de PTV en el Centro 4

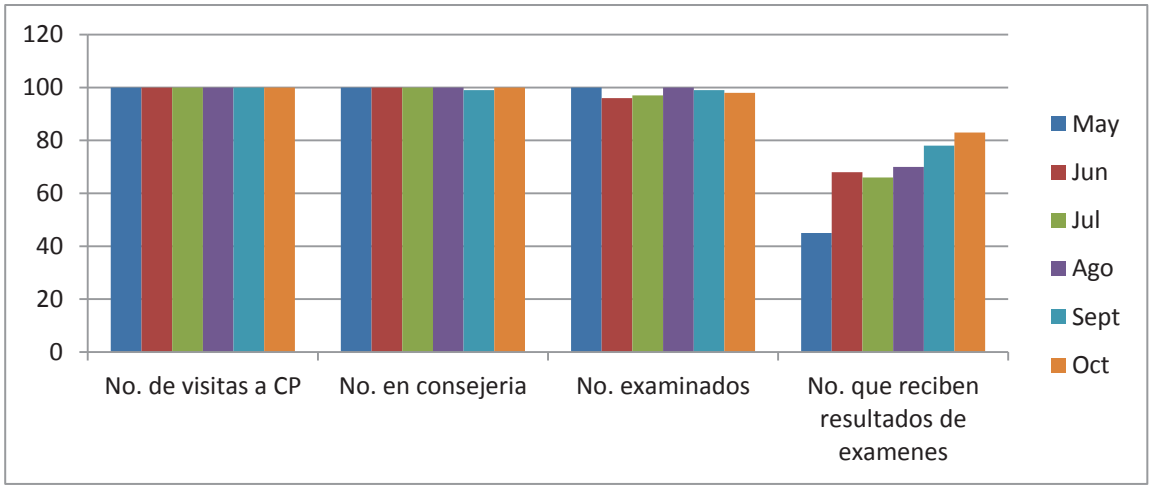
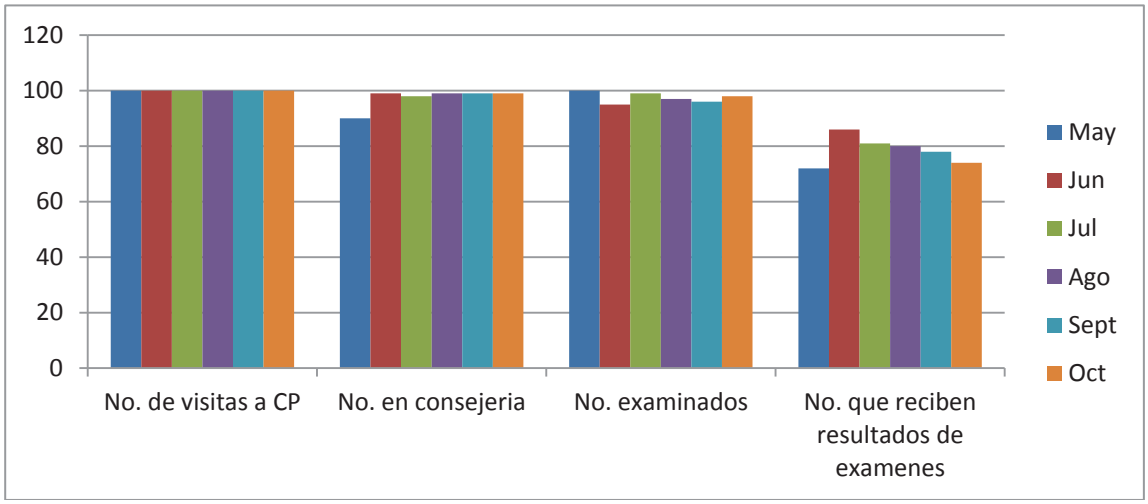


Figura 13—Porcentaje de clientes retenidos a través de cada paso de servicios de PTV en el Centro 2



CÁLCULO | Computar las proporciones por paso según se muestra en las Figuras 11 y 12:

$$\frac{\text{Número de mujeres que recibieron consejería pre-prueba}}{\text{Número de primeras visitas para el CP para cada mes (Mayo–Octubre) y por cada centro en cuestión}} \times 100 = \%$$

$$\frac{\text{Número de mujeres que aceptaron la prueba}}{\text{Número de mujeres que recibieron consejería pre prueba para cada mes (Mayo a Octubre) y para cada centro de interés}} \times 100 = \%$$

$$\frac{\text{Número de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas}}{\text{Número de mujeres que aceptaron la prueba}} \times 100 = \%$$

CÁLCULO | **Then plot percentages for each facility by month. Data for facility 1 is shown as an example. To calculate the percentage of ANC clients at each facility who received HIV test results:**

$$\frac{\text{Número de mujeres que recibieron los resultados de sus pruebas}}{\text{Número total de mujeres que asistieron al CP}} \times 100 \rightarrow \frac{494}{744} = 0.66 \times 100 = 66\%$$

3.5 | Step 5: Interpret Information and Draw Conclusions

La ubicación de cada centro puede influenciar el tamaño de la población que recibe los servicios así como el número de mujeres que reciben los resultados de sus pruebas. La ubicación del centro y la de otros centros que sirven las mismas áreas de servicio y población debe tomarse en consideración cuando se planifican y diseñan nuevas intervenciones. Una variedad de distintos actores pueden monitorear estos indicadores y pueden usar esos datos de distintas maneras. Las clínica de CP pueden comparar su propio desempeño contra los estándares o metas predeterminadas, con las tendencias en la clínica y, en caso que el distrito lo proporcione, con el promedio del distrito o con otros centros (Tabla 14).

Tabla 14—Resultados en la prevención de la transmisión vertical del VIH en cuatro clínicas

		Medida	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.
Centro 1	A.1	No. de primeras visitas a CP	543	509	541	535	534	513
	B.1	No. de consejerías	542	509	541	535	534	513
	B.2	No. de pruebas	531	503	528	522	527	505
	B.3	No. que recibieron los resultados	511	483	492	503	520	497
	B.4	No. de VIH positivos	35	29	32	26	38	36
	D	No. de ARVs preventivos recibidos	29	25	29	22	33	32
Centro2	A.1	No. de primeras visitas a CP	1,362	1,281	1,181	1,282	1,042	1,067
	B.1	No. de consejerías	1,241	1,265	1,162	1,267	1,028	1,055
	B.2	No. de pruebas	1,232	1,224	1,151	1,241	1,003	1,043
	B.3	No. que recibieron los resultados	919	1,032	937	1,001	779	745
	B.4	No. de VIH positivos	92	101	91	95	98	101
	D	No. de ARVs preventivos recibidos	63	65	61	62	66	65
Centro 3	A.1	No. de primeras visitas a CP	46	54	62	60	61	66
	B.1	No. de consejerías	44	54	57	58	60	65
	B.2	No. de pruebas	41	53	49	56	58	63
	B.3	No. que recibieron los resultados	36	41	37	51	56	61
	B.4	No. de VIH positivos	9	9	5	6	10	11
	D	No. de ARVs preventivos recibidos	6	6	4	5	7	9
Centro 4	A.1	No. de primeras visitas a CP	110	124	113	112	120	122
	B.1	No. de consejerías	110	124	113	112	119	122
	B.2	No. de pruebas	110	121	111	112	118	120
	B.3	No. que recibieron los resultados	51	83	75	79	93	101
	B.4	No. de VIH positivos	28	30	29	31	27	35
	D	No. de ARVs preventivos recibidos	18	20	23	25	24	31

Las clínicas pueden dar retroalimentación a su personal para demostrar el progreso y definir las áreas que quizás requieran de esfuerzos adicionales. Las salas de maternidad en los hospitales quizás quieran comparar el desempeño de las distintas clínicas de CP que refieren clientes a su hospital. Esto les permitiría identificar de mejor manera a las mujeres que pudieran estar en riesgo más alto de arribar a la sala de maternidad del hospital sin haberse sometido a la prueba del VIH. Por ejemplo, si una clínica tiene un desempeño deficiente en su provisión de consejería y pruebas a sus clientes de CP, el hospital puede elegir realizar la prueba de VIH a todas las mujeres referidas desde esa clínica en particular. Los distritos y organizaciones pueden comparar el porcentaje de clientes de CP que reciben los resultados de sus pruebas del VIH en todos los sitios de CP. Vuelva a ver los datos analizados aquí arriba. Al convocar de nuevo al equipo, el distrito facilitó el proceso de interpretación al hacer las siguientes preguntas:

- ¿Estos datos son sorprendentes?
- ¿Cuál de los centros está desempeñándose mejor o peor que lo esperado? ¿Por qué?

Durante esta reunión, el equipo generó preguntas adicionales así como algunas conclusiones para consideración del proyecto:

- A través del tiempo ¿Cuál es la tendencia para estos centros? ¿Cuál es el porcentaje trimestral/anual de clientes de CP que reciben el resultado de la prueba del VIH en estos centros?
- ¿Por qué los centros pierden el contacto con un número significativo de mujeres después que aceptaron la prueba, pero quienes nunca regresaron por sus resultados o para más CP?

El grupo llegó a las siguientes conclusiones que deben considerarse más por parte del liderazgo del proyecto:

- Se necesita una intervención para mejorar el desempeño en el Centro 2. Esto podría involucrar examinar el desempeño pasado de los centros exitosos al realizar análisis similares para los distintos meses o examinar la tendencia en el transcurso del año recién pasado.
- El distrito quizás quiera asesorar a los hospitales para que le hagan la prueba en su sala de maternidad a todas las mujeres que recibieron CP en el Centro 2.
- Ya que un número de centros pierden clientes entre el momento en que se hacen la prueba y el momento de recibir los resultados, se debe considerar un nuevo protocolo para esta etapa del proceso del programa.
- Al diseñar las intervenciones, tome en consideración las experiencias de centros y comunidades que tienen mejores resultados. En los Centros 1 y 4, ¿hay enfoques que pueden aplicarse para mejorar los servicios en los centros que tienen porcentajes bajos de mujeres retenidas a través del proceso de servicios de PTV? ¿Es mayor su capacidad? ¿Su sistema de registros es diferente al de otros sitios?

3.6 Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

El liderazgo del proyecto convocó a un grupo más pequeños de actores para trabajar las colusiones según el análisis y las conclusiones descritas arriba. El grupo desarrollo un plan de acción para atender cada una de las conclusiones, incluyendo las acciones para:

- Desarrollar un documento de política para permitir a los hospitales monitorear los datos de las clínicas de CP y
- Desarrollar un nuevo protocolo y plan de incidencia para implementar una prueba rápida en el programa de VIH.

La prueba rápida del VIH permitirá que los clientes reciban sus resultados de inmediato y puede resultar en la reducción de la pérdida de clientes durante el proceso de consejería y prueba.

4 | Demostrando los resultados del monitoreo de un programa de TAR a través de un análisis de cohortes

El VIH es una enfermedad crónica y muchos de los indicadores del éxito de un programa de terapia antirretroviral (TAR) requieren observar la evolución del paciente a través del tiempo así como el monitoreo de la pérdida de clientes del programa de TAR. Un ejemplo de esto es cuánto tiempo se mantienen los pacientes con el tratamiento. Pará monitorear estos resultados, es necesario usar lo que se llama un análisis de cohorte para examinar los datos de manera significativa. En el contexto de un programa de TAR, una cohorte consiste en los pacientes que inician tratamiento durante un periodo especifico de tiempo y que son rastreados o seguidos a través del tiempo. El periodo de tiempo en que se inicia la TAR debe ser igual para cada paciente en una cohorte.

Se pueden examinar las tendencias en los datos trimestrales de cohortes para averiguar si hay mejoras en los resultados de un trimestre a otro. A los pacientes en una cohorte se les sigue a través del tiempo y los diferentes resultados se evalúan a los 3, 6, y 12 meses después de iniciar el tratamiento. Estos resultados incluyen un recuento CD4 (diferenciación antígena 4), prueba comúnmente usada para determinar cuándo iniciar un tratamiento para el SIDA. Otros resultados incluyen pacientes que han iniciado y que aún continúan un tipo de TAR, otros que han cambiado a otro fármaco o cambiado a fármacos de segunda línea, y otros factores como descontinuar el seguimiento, muerte o cesar el tratamiento.

Comparada con un informe mensual, ¿por qué la información de una cohorte podría brindar prospectivas adicionales? La información de cohortes son datos longitudinales de observación a un grupo de pacientes que han iniciado el TAR durante este mismo periodo y al que se le da seguimiento. Los determinantes que afectan los resultados se consideran ser los mismos para todos los miembros de la cohorte. Los datos mensuales presentan un panorama transversal del programa de TAR para un centro de TAR determinado y consisten de todos los pacientes en un punto en el tiempo particular; así, los determinantes que afectan el resultado no son los mismos en este caso.

4.1 | Paso 1: Identificar las preguntas de interés

Los gerentes de programas dentro de un programa TAR gubernamentale han pedido a líderes de las instituciones y a otros actores que se reúnan para discutir cómo pueden asegurar no perder pacientes mientras el programa amplia sus servicios y como pueden mejorar el seguimiento de incomparecencias o retiros de clientes TAR a través del tiempo. Los gerentes de programas, proveedores de servicios, administradores de salud, líderes de grupos de apoyo y especialistas de M&E se reunieron para identificar las preguntas claves de interés para el fortalecimiento de sus programas de TAR:

- ¿Qué porcentaje de clientes está con vida y se está tratando a los 3, 6, y 12 meses después de iniciar la TAR?
- ¿Estamos observando un aumento en los recuentos de CD4 en la medida que los clientes se adhieren al tratamiento durante periodos más largos?
- ¿Están los clientes recibiendo consejería y apoyo adecuado para mantener la adherencia a la TAR?
- ¿Los clientes son referidos a las organizaciones de base comunitaria (OBC) para servicios, consejería y grupos de apoyo?

4.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés

Después de la sesión de lluvia de ideas el grupo priorizó las preguntas de interés. Decidieron responder a cada pregunta en turnos, pero el asunto más importante de atender era si lo clientes estaban sobreviviendo y se mantenían con el tratamiento.

4.2.1 | Refinar la pregunta de interés

Los gerentes de programas decidieron refinar la pregunta y seleccionar un centro en donde probar el análisis. La pregunta "¿Qué porcentaje de clientes está con vida y se está tratando a los 3, 6, y 12 meses después de iniciar el TAR?" se refinó aún más:

- ¿Qué porcentaje de pacientes de la cohorte que comenzaron el tratamiento en el periodo de Abril a Junio del 2008 y que reciben servicios en el Centro B está con vida y se está tratando después de 3, 6, y 12 meses?

El grupo acordó que una vez probado este análisis en una clínica entonces recabarían datos de las otras clínicas y compararía el desempeño entre las clínicas. Este análisis particular excluiría las clínicas que no brindaron servicios de TAR durante la totalidad del periodo desde abril hasta junio del 2008. O sea, si la clínica comenzó dando servicios de TAR en mayo 2008, sus datos no estarían incluidos en este análisis en particular.

4.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El siguiente paso para el equipo era determinar si ya se estaban recabando estos datos o no. Todos los centros de TAR que participaban en el programa recolectaban datos acerca de sus pacientes y los servicios que recibían. Todos los centros de TAR aún usaban Tarjetas de TAR de la OMS, las cuales documentan todos los datos que se necesitan para un análisis de cohorte.

PARTE DE UNA TARJETA DE TAR DE LA OMS

Fecha:

- ❒ Confirmación de Prueba Positiva de VIH
  Lugar: _____ VIH 1 2 Ab / PCR
- ❒ Registrado en cuidados de VIH/terapia ARV
- ❒ Etapa de elegibilidad Etapa clínica _____
  Motivo de elegibilidad:
  - ❒ Únicamente clínico
  - ❒ CD4/% _____
  - ❒ TLC _____
- ❒ Médicamente elegible y listo para TAR
- ❒ Transferido desde _____
  Inicio de TAR _____
- ❒ Inició régimen de primera línea de TAR _____
- ❒ Al iniciar de TAR: Peso _____ Etapa clínica _____ Sustituir dentro de primera línea:
- ❒ Nuevo régimen _____ Motivo _____
- ❒ Nuevo régimen _____ Motivo _____
  Cambiar a segunda línea
  (O sustituir dentro de la segunda línea)
- ❒ Nuevo régimen _____ Motivo _____
- ❒ Falleció
- ❒ Transferido a _____

4.3.1 | Aislar el indicador y/o elemento del dato

Para responder a la primera pregunta de interés, el equipo de M&E del programa del gobierno desarrolló una tabla que orientaría al Centro B acerca de los datos exactos que necesitaba para hacer los cálculos requeridos (Tabla 15). El equipo llegó a la conclusión que los datos apropiados ya se estaban recolectando y comenzaron el proceso de transformar esos datos en información.

Tabla 15—Cohorte que inicia TAR en mes/año

Resultados de línea base; luego resultados a los 12 meses con TAR	Cohorte apr 08	3 meses	6 meses	12 meses	Cohorte mayo 08	3 meses	6 meses	12 meses	Cohorte Jun 08	3 meses	6 meses	12 meses
D. Número total de cohortes que iniciaron TAR	150	150	150	150	87	87	87	87	73	73	73	73
E. Número de personas vivas y con tratamiento [D – (I + J + K)]		130	127	125		61	61	59		61	60	58
F. Número de personas con régimen de primera línea		125	115	111		57	50	50		59	54	51
G. Número de personas que cambiaron el régimen de primera línea		5	12	13		4	11	11		3	6	7
H. Número de personas con régimen de segunda línea (cambiaron)				1								
I. Fallecidos		8	9	11		14	14	15		3	3	3
J.Cesaron/interrumpieron		12	12	13		12	12	12		9	9	10
K. Perdido el rastro en el seguimiento		0	2	1		0	0	1		0	2	3
L. Porcentaje de vivos en cohortes y con TAR (E/D × 100)		87%	84%	83%		70%	70%	68%		83%	82%	79%
R. Número de personas en cohorte que fueron por sus antirretrovirales cada mes con consistencia		130/130 (100%)	124/127 (97%)	124/125 (99%)		60/61 (98%)	59/61 (96%)	59/59 (100%)		59/61 (97%)	57/60 (95%)	56/58 (96%)

4.4 | Paso 4: Transformar los datos en información

4.4.1 | Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

La Tabla 15 muestra los datos recopilados para las cohortes de abril, mayo y junio del 2008 y el resultado primario de los pacientes que están con vida y continúan en TAR a los 3, 6, y 12 meses del seguimiento. Basado en estos datos, el equipo de M&E en el centro B calculó el porcentaje de pacientes que están con vida y que continúan con el tratamiento a los 3, 6, y 12 meses para el trimestre de abril a junio 2008.

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje a los 3 meses:

$$\frac{\text{Número con vida y en tratamiento a los 3 meses para cada cohorte mensual}}{\text{Número total que inició TAR dentro de los 3 meses del cohorte}} \times 100 \rightarrow \frac{(130+61+61)}{(150+87+73)} \times 100 = 81\%$$

To calculate the percentage after 6 months:

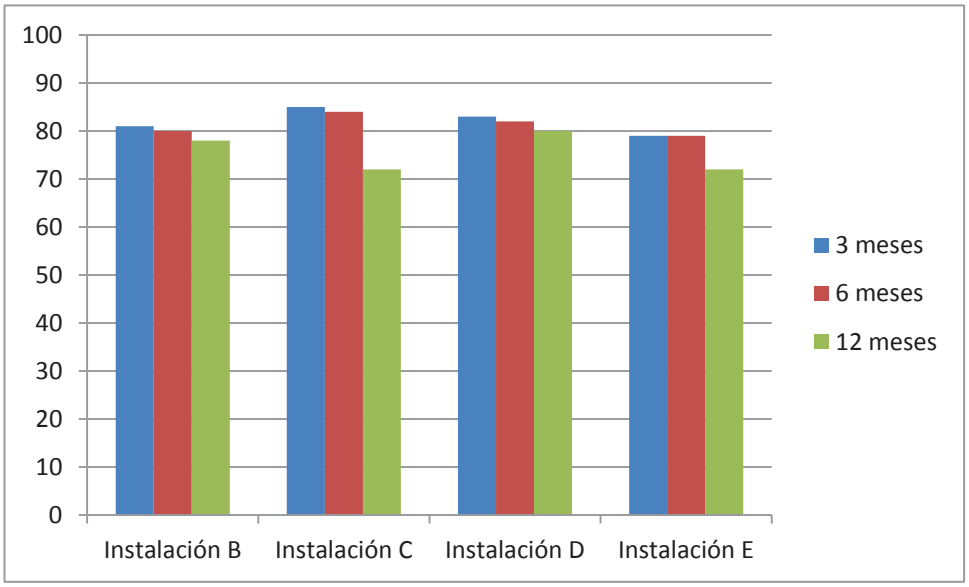
$$\frac{\text{Número con vida y en tratamiento a los 6 meses para cada cohorte mensual}}{\text{Número total que inició TAR dentro de los 3 meses del cohorte}} \times 100 \rightarrow \frac{(127+61+60)}{(150+87+73)} \times 100 = 80\%$$

To calculate the percentage after 12 months:

$$\frac{\text{Número con vida y en tratamiento a los 12 meses para cada cohorte mensual}}{\text{Número total que inició TAR en la cohorte mensual}} \times 100 \rightarrow \frac{(125+59+58)}{(150+87+73)} \times 100 = 78\%$$

Si consideramos estos datos en términos de la habilidad del centro B de retener a los pacientes en tratamiento a través del tiempo, parecer ser que en este centro no hay mucha diferencia entre el porcentaje que aún está con vida y en tratamiento entre los 6 y los 12 meses del seguimiento. Podemos observar en la Figura 14 que no todos los centros tuvieron tan buen desempeño. El centro C perdió un porcentaje significativo de su clientela.

Figure 14—Percentage of Clients Alive and Still on ART at 3, 6, and 12 Months After Starting ART



4.5 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

Interpretar los datos y definir los próximos pasos para mejorar un programa es tarea que la realiza mejor un grupo. Además de los actores que definieron las preguntas de interés, cada uno de estos actores puede contribuir al proceso de interpretar, encontrar soluciones y tomar acción:

- los gerentes de los centros,
- el personal de la clínica y de consejería,
- grupos de apoyo para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH/PVSIDA), y
- las autoridades locales de salud.

Miremos de nuevo los datos analizados aquí arriba. Estos datos sugieren que después que los pacientes han concluido sus primeros 3 meses de tratamiento, el centro B brinda buen cuidado y seguimiento. Es posible que el 20% que se retiraron en los primeros 3 meses de tratamiento estuvieran muy enfermos cuando iniciaron el tratamiento y no se esperaría que tengan buenos resultados independientemente de las habilidades que tenga la clínica B con el manejo de pacientes. Aún así, sería útil entender los motivos de las pérdidas en los primeros 3 meses. El centro quizás quiera realizar un diagnóstico exhaustivo de las causas de la mortalidad y recabar más información acerca de los individuos que cesaron el tratamiento durante los primeros 3 meses del TAR.

Puede ser útil realizar este análisis otra vez en una fecha futura para ver si hay otra reducción o caída entre los 12 y 24 meses. Durante este periodo los pacientes pueden acostumbrarse a sentirse más saludables y relajarse en cuanto a acudir a sus visitas de seguimiento o adherirse a sus medicamentos. También puede ser una etapa en que los pacientes comienzan a desarrollar cierta resistencia al régimen de primera línea y quizás requieran de regímenes de segunda línea o de rescate que son más complejos, tóxicos y costosos.

Considerando el desempeño del centro C y el centro E con una caída significante en el número de clientes con vida y en la TAR al final de 12 meses, los actores comenzaron a hacer estas preguntas:

- ¿Los centros C y E están dando servicios de manera diferente o siguen un protocolo distinto?
- ¿Por qué su desempeño es más débil?

- ¿Cuál era el estado de salud de estos clientes cuando iniciaron l TAR? ¿Podemos analizar los recuentos CD4 de las cohortes anteriores al TAR y a través de intervalos de 6 meses?
- ¿Qué causó la pérdida de estos pacientes?

Como paso inmediato, el grupo decidió realizar un análisis de cohorte de los recuentos CD4 en todas los centros con el fin de entender mejor los cambios en los recuentos de CD4 de los clientes que reciben la TAR y comprender el estado de salud de los clientes en la cohorte cuando iniciaron el tratamiento. Esto quizás requiera de una revisión de casos de mortalidad entre los clientes que fallecieron en los primeros 3 meses en la TAR. El grupo también puede elegir enfocar en los informes mensuales de seguimiento y pérdidas entre los clientes en la TAR – no solo en los de esta cohorte - para entender mejor las tendencias mensuales y esfuerzos de los centros para reducir las pérdidas dentro del programa. Este proceso se describe a continuación en los Pasos 3 a 5.

5 | Monitoreo de las pérdidas de clientes en TAR

Este ejemplo ilustra el análisis realizado para responder a la pregunta que surgió del proceso de los Siete Pasos completado en el ejemplo previo. Si desea información de antecedentes por favor vea el Ejemplo ilustrativo Cuatro: Demostrando los resultados del monitoreo en un programa de TAR a través de un análisis de cohorte.

5.1 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El equipo determinó que se estaban recolectando y manteniéndo los datos apropiados acerca del estado de los clientes en TAR. El análisis que hicieron de los datos se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16—Terapia Antirretroviral (TAR)—Seguimiento (Cumulativo) para el Centro C en 2009

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Finalizado	10	10	11	12	12	12
Transferido	5	5	5	7	9	9
Difunto	3	3	3	17	18	18
Seguimiento cancelado	1	1	2	7	8	8
Desconocido	31	33	32	8	3	14
Total	50	52	53	51	50	61

5.2 | Paso 4: Transformar los datos en información

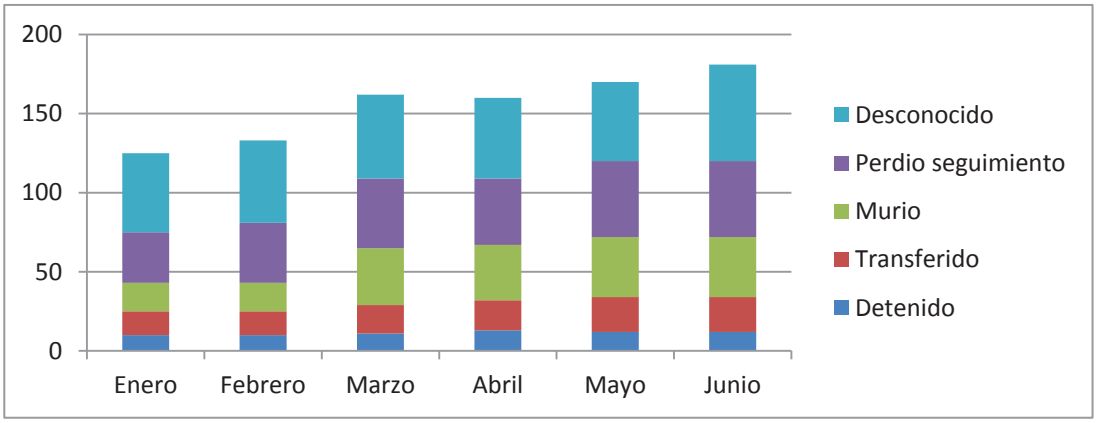
5.2.1 | Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

Se evaluaron los expedientes de clientes y registros de los centros para identificar los clientes que ya no estaban al cuidado del programa de TAR del centro C y los motivos por no haber regresado al programa. La Tabla 16 presenta datos recopilados para un centro durante un período de meses acerca del estado de clientes que actualmente estaban en el programa de TAR. El estado de cada cliente—conocido o desconocido—se registra en los expedientes y en los registros de los centros. El programa ya tenía identificadas diferentes categorías para las pérdidas:

- **Finalizado:** El cliente ha decidido ponerle fin a su TAR, cuidados y apoyo por parte del centro.
- **Transferido del Programa:** El cliente ha transferido sus registros y cuidado a otro programa de TAR.
- **Difunto:** El centro ha documentado el fallecimiento del cliente por VIH/SIDA u otras causas.
- **Desconocido:** Se desconoce la ubicación y estado del cliente (no ha acudido al centro en los últimos 3 meses).
- **Cancelado su seguimiento:** Se desconoce la ubicación y estado del cliente (no ha recibido cuidados en el centro en más de 3 meses

Estos datos pueden representarse en forma de gráfica de barra que muestre el número total de clientes que ha perdido la TAR durante un mes y los motivos por las pérdidas de cada mes (Figura 15).

Figura 15—Perdidas en el programa de terapia de antirretrovirales (TAR) en el Centro C en 2009



5.3 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

Demos una mirada a los datos presentados aquí arriba. Un grupo de actores representando el centro C y algunos asesores técnicos adicionales de la organización que manejan los cuidados de TAR en los centros se reunieron para discutir los hallazgos. Parece ser que hasta marzo del 2009 no existían mecanismos sustanciales para darles seguimiento a los clientes cuando estos no acudían a sus citas.

En abril y mayo 2009, el número de clientes en condición de desconocidos se redujo dramáticamente y hubo un importante aumento en el número de clientes que fallecieron o se canceló su seguimiento en el programa. Numerosos factores pudieron causar este giro repentino, incluyendo un nuevo esfuerzo a nivel de la comunidad para darles seguimiento a los clientes en sus comunidades o una mejor recolección de datos y rastreo.

En este caso, el centro estaba esperando la visita de una organización donante en mayo de 2009. Esta organización solicitó información detallada, incluyendo datos de clientes perdidos y el centro temía que al tener muchos clientes en la categoría de "desconocido" podría percibirse como un desempeño pobre. En junio del 2009, de nuevo comenzó a subir el número categorizado como "desconocido". En este caso, el centro dejo de rastrear y darles seguimiento a los clientes después de la visita del donante. Considerando el desempeño del centro C como se describe en el análisis de cohortes y en este análisis de pérdida de clientes en el programa de TAR, los actores desarrollaron las siguientes conclusiones:

- El centro C tiene la capacidad y entrenamiento para rastrear y darles seguimiento a los clientes pero elige dirigir los recursos en otra dirección.
- El centro C necesita desarrollar una estrategia para darle seguimiento a los clientes para asegurar la adherencia y documentación apropiada de motivos detrás de las pérdidas en el programa de TAR.

5.4 | Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

El liderazgo del proyecto convocó a un grupo más pequeño de actores para elaborar soluciones con basadas en el análisis y conclusiones descritas aquí arriba. El grupo desarrolló un plan de acción que incluyo las siguientes acciones:

- Desarrollar y probar una nueva estrategia de programas para el rastreo y seguimiento a nivel de la comunidad entre los clientes para evitar las pérdidas en el seguimiento y reducir los casos en cuales el estado de un cliente es desconocido.
- Diagnosticar los servicios de consejería de adherencia brindados en el centro con el fin de identificar los posibles motivos de tales pérdidas.
- Fortalecer la calidad de recolección y producción de datos para asegurar que los centros tengan información actualizada y pertinente en el momento en que el cliente haya perdido una cita.
- Cuando un cliente ha perdido ya 3 meses de citas o servicios, se hace mucho más difícil que regrese al centro a continuar con el tratamiento ARV.

6 | Apoyo y cuidados

6.1 | Paso 1: Identificar preguntas de interés

Un importante centro de tratamiento y cuidados del VIH y SIDA trabaja estrechamente con cuatro distintas OBC para satisfacer las necesidades sicológicas, sociales y espirituales de PVVS a sus cuidados. Cada cliente PVVS tiene distintas necesidades según su situación económica y social individual, su condición de salud y las fuentes de apoyo externo.

Todas las PVVS son referidas por el centro a una o más de las OBC para su evaluación y apoyo. Adicionalmente, en la medida que el equipo clínico determina que un cliente es elegible para TAR, esta información se comparte con la OBC para asegurar que el cliente sea dirigido al grupo de apoyo para TAR y a otros servicios pertinentes. Muchas PVVS sufren de desnutrición o requieren de suplementos nutricionales. Algunas estimaciones revelan que 10.3% de mujeres VIH positivas están desnutridas. Los niños y hombres también sufren de desnutrición. Aún cuando no se considera desnutrida a una persona VIH positiva, la OMS ha determinado que las PVVS requieren de energía adicional para que sus cuerpos supriman la enfermedad.

No todas las PVVS requieren de suplementos nutricionales como vitaminas o suministros alimenticios, no obstante todas las PVVS pueden beneficiarse de algún suplemento en su dieta ya sea que su familia pueda o no satisfacer esta necesidad. Muchos grupos de apoyo y OBC que proporcionan cuidados pueden también proporcionar alimentos para sus miembros.

Durante una reunión de rutina del personal del centro, los consejeros de adherencia y los médicos en el centro notaron el interés del personal en aprender acerca del cuidado y apoyo que reciben sus clientes fuera del centro. Identificaron específicamente la siguiente pregunta clave de interés para entender la esfera de los OBC y grupos asociados con el centro:

- ¿Qué porcentaje de PVVS actualmente registradas en nuestro programa de cuidados y tratamiento reciben algún tipo de apoyo nutricional (pacientes actualmente en TAR o elegibles para TAR)?

6.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas de interés

En este caso, el equipo identificó una pregunta clave de interés durante el transcurso de una reunión de gerentes. La pregunta es específica y no requiere de más afinamiento.

6.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El siguiente paso para el equipo era averiguar si los datos ya se estaban recolectando. Muchas organizaciones que trabajan en las comunidades piden a sus voluntarios y personal que mantengan registros de cada contacto con un cliente y de los servicios que se dan durante ese contacto. Las Tablas 17 y 18 muestran parte de un formulario usado para captar estos datos. El centro ya tiene información del número total de clientes que actualmente están en TAR y el número de clientes que están registrados y elegibles para la TAR pero que aún no han comenzado la TAR (por ejemplo, clientes que están en la "lista de espera"). Estos datos son agregados mensualmente para propósitos de elaboración de informes (Tabla 18).

Tabla 17—Formulario 756: Cuidados en el hogar (HBC o CH)

Cuidados en el hogar (HBC)		Totales Actuales		
		H	M	Total
74	3a. ¿Cuántas NUEVAS personas en el programa de terapia antirretroviral (TAR) recibieron apoyo nutricional (suplementos o alimentos) de su organización?			
74	3b. EN TOTAL ¿Cuántas personas en el programa TAR recibieron suplementos nutricionales de parte de su organización?			

Tabla 18—Formulario 756: Resultados mensuales de organizaciones no gubernamentales para personas que viven con el VIH/SIDA

Cuidados en el hogar (HBC)		H	M	Total
75	3b. EN TOTAL ¿Cuántas personas en TAR recibieron apoyo nutricional (Suplementos o alimentos) de parte de su organización?			1,416
	Organización # 1			812
	Organización # 2			97
	Organización # 3			
	Organización # 4			

6.3.1 | Aislar el indicador y/o elementos de Datos

El equipo decidió usar los datos recabados para los siguientes elementos de datos con el fin de responder a la pregunta de interés:

- Número de PVVS que reciben apoyo nutricional,
- Número de pacientes actualmente en TAR, y
- Número de pacientes elegibles para la TAR que aun no han comenzado la TAR.

Es importante notar que, ocasionalmente, los datos requeridos no están incluidos en los informes mensuales a gobiernos y donantes pero que sí son recabados y almacenados por algunos programas e instalaciones. Por ejemplo, algunos donantes no requieren datos solo del número de clientes que reciben suplementos nutricionales sino que también necesitan datos del número de clientes que reciben cuidados y apoyo.

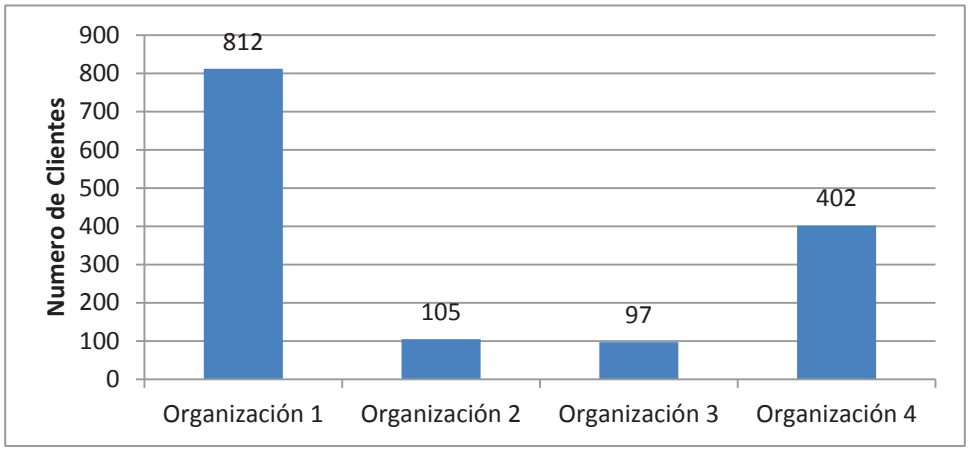
Algunos donantes quizás no requieran información del número de clientes que son elegibles para el TAR pero que aun no han comenzado el TAR. El equipo llegó a la conclusión que ya se están recabando los datos apropiados y comenzaron el proceso de transformar estos datos en información que pueda responder la pregunta planteada por el personal de la instalación.

6.4 | Paso 4: Transformar datos en información

6.4.1 | Analizar los datos y mostrar los datos en una imagen (gráfico/cuadro o Tabla)

En primer lugar, el equipo requiere un informe global de las PVVS que reciben suplementos nutricionales en todas las organizaciones que informan asociados con el centro. Se totalizaron estas cifras, según se establece en el Formulario 756 (Tabla 18). Posteriormente, el equipo presentó estos datos en un gráfico de barras (Figura 16).

Figura 16—Número de PVVS en el programa y con apoyo nutricional durante este mes



A continuación, el equipo analizó los datos en su informe mensual de TAR para determinar el número de pacientes en el centro que actualmente están en terapia ARV más el número de personas registradas y elegibles para TAR, pero que no comenzaron la TAR (plan respuesta). Esto requiere la suma de los datos reportados en las líneas E. 3 y F en la Tabla 19.

Tabla 19—Informe mensual de TAR

Medida			Niños 0–14 Años		Adultos > 14 año		Total		Gran Total
			H	M	H	M	H	M	
E	Número total de pacientes en TAR	1. Mujeres embarazadas							
		2. Todos los demás							
		3. Subtotal							1,682
F	No. de personas que egresan y son elegibles para TAR pero no han empezado en TAR								2,367

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de PVVS elegible para TAR que están recibiendo soporte nutricional:

$$\frac{\text{No. total que recibe apoyo}}{\text{No. total que requiere TAR}} \times 100 \rightarrow \frac{1{,}416}{(1{,}682 + 2{,}367)} = 0.349 \times 100 = 35\%$$

6.5 | Paso 5: Interpretar información y Ssacar conclusiones

La interpretación de datos rutinarios y definición de los próximos pasos para mejorar un programa se realiza mejor cuando se hace en grupo. Además de los consejeros de adherencia y medios que definieron la pregunta de interés, hay otros actores claves que contribuyen al proceso de interpretación:

- Líderes de las OBC y el personal,
- Líderes de grupos de apoyo para PVVS, y
- Clientes PVVS del centro y las OBC.

Al interpretar los datos y usarlos para la planificación y mejora de programas es importante tener en consideración la naturaleza del programa. En algunos casos, las instalaciones de tratamiento

pueden ofrecer o proporcionar suplementos nutricionales a las personas en TAR. En esta situación particular, los suplementos nutricionales y alimentos se ofrecen en la comunidad en lugar del centro de salud. Veamos los datos analizados. Sólo el 35% de las PVVS en TAR o que son elegibles para TAR están recibiendo apoyo nutricional. Entonces, el equipo puede preguntar:

- ¿Qué porcentaje de PVVS que están actualmente en TAR recibe apoyo nutricional?

CÁLCULO | To calculate the percentage of PLWHA currently on ART who are receiving nutritional support:

$$\frac{\text{No. total que recibe apoyo}}{\text{No. total en TAR}} \times 100 \rightarrow \frac{1{,}416}{1{,}682} = 0.84 \times 100 = 84\%$$

6.6 | Elaborar soluciones y tomar acción

Los próximos pasos para este equipo dependerán de la interpretación de los datos. En el caso de un programa que parece cumplir las necesidades de apoyo nutricional de las PVVS, estos hallazgos se pueden utilizar para calcular las necesidades futuras de los recursos y metas. Los programas que no están a la altura de servir a un porcentaje estándar o aceptable de PVVS tendrán que investigar más a fondo por qué hay brechas en la cobertura. Normalmente se recomiendan los suplementos nutricionales para clientes con desnutrición leve o moderada. Puede ser que se requieran datos adicionales para entender mejor cual porcentaje de estos clientes que reciben apoyo nutricional fueron evaluados por desnutrición, y qué porcentaje está recibiendo suplementos versus productos alimenticios. El equipo también quizás quiera investigar más para entender con qué frecuencia y consistencia se da el apoyo nutricional.

Mientras que el equipo inicialmente puede haberse preocupado al notar que sólo 35% de PVVS que son elegibles para el TAR están realmente recibiendo apoyo nutricional, el hecho de que el 84% de las PVVS actualmente en TAR está recibiendo apoyo nutricional demuestra que las OBC están alcanzando a un mayoría de clientes en TAR junto con los servicios a nivel de la comunidad.

6.7 | Otras consideraciones importantes

La revisión de datos disponibles puede usualmente llevar a más preguntas. El proceso de analizar e interpretar estos datos reveló al equipo que solo 41% de los elegibles para TAR en realidad lo estaban recibiendo. Había una lista de espera extensiva. No está claro, en base a estos datos, porque hay una lista de espera tan extensiva. El personal del centro puede desear analizar datos adicionales para aprender más de porque las personas todavía no han empezado TAR. ¿Había drogas disponibles?, ¿Los elegibles para TAR recibieron consejería adecuada y soporte para tomar el siguiente paso en aceptar terapia? El equipo también puede examinar cómo cumplir mejor con las necesidades nutricionales para los clientes elegibles para TAR. Ellos podrán preguntarse.

- ¿Cómo podremos incrementar la cobertura de servicios de soporte nutricional a clientes que son elegibles para TAR pero no lo están recibiendo?

6.8 | Incorporating Gender into the Seven Steps

The facility staff members and physicians wanted to ensure that their program was promoting gender equality and providing equal access to services, so they decided to look into nutritional support differences between men and women.

6.8.1 | Paso 1: Identificar las preguntas de interés

El equipo identificó varias formas de averiguar la igualdad en sus programas:

- ¿Qué porcentaje de PVVS que reciben apoyo nutricional son hombres y cuantas son mujeres?
- ¿Qué porcentaje de personas elegibles para TAR que están en la lista de espera para empezar TAR son hombres y cuantas son mujeres?
- ¿Coincide la proporción de hombres y mujeres elegibles para la TAR con la prevalencia del VIH en hombres y mujeres en el área?

6.8.2 | Step 2: Prioritize Key Questions of Interest

El equipo decidió concentrarse en una pregunta inicial y volver a la otra pregunta, si el tiempo y financiamiento lo permiten:

- ¿Qué porcentaje de PVVS que reciben apoyo nutricional son hombres y cuántas son mujeres?

6.8.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y fuentes potenciales

El equipo determinó que los datos ya estaban siendo recolectados y estaban disponibles.

Tabla 20—Formulario 756: Resultados mensuales de la asistencia no gubernamental a las PVVS

Cuidados en el hogar (HBC)		H	M	Total
75	3b. EN TOTAL ¿Cuántas personas en TAR recibieron apoyo nutricional (suplementos o alimentos) de su organización?	624	792	1,416
	Organización # 1			812
	Organización # 2			105
	Organización # 3			97
	Organización # 4			402

6.8.4 | Paso 4: Transformar datos en información

Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

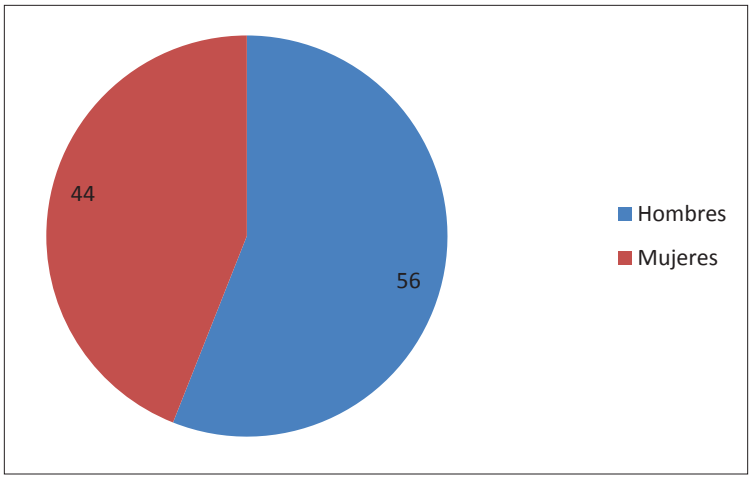
Primero, el equipo obtuvo el número desglosado de hombres y mujeres en TAR, que se encuentran en la Tabla 20, y utilizó estos datos para calcular el porcentaje de hombres y mujeres que reciben apoyo nutricional.

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de hombres y mujeres que reciben apoyo nutricional

$$\frac{\text{No. de mujeres que reciben soporte nutricional}}{\text{Total de personas que reciben soporte nutricional}} \times 100 \rightarrow \frac{624}{1{,}416} = 0.44 \times 100 = 44\%$$

CÁLCULO | $\frac{\text{No. de hombres que reciben soporte nutricional}}{\text{Total de personas que reciben soporte nutricional}} \times 100 \rightarrow \frac{792}{1{,}416} = 0.56 \times 100 = 56\%$

Figure 17—Percent Receiving Nutritional Support



6.8.5 | Paso 5: Interpretar información y sacar conclusiones

Antes se discutió que la interpretación de los datos y definición de los próximos pasos es mejor cuando la realiza un grupo. De nuevo se invitaron a todos los actores a participar y se hicieron esfuerzos para asegurar una representación equitativa de mujeres. Las preguntas planteadas durante la discusión incluyeron las siguientes:

- ¿Los porcentajes de hombres y mujeres que reciben apoyo nutricional se asemejan con los porcentajes de hombres y mujeres en TAR y con la prevalencia de VIH en hombres y mujeres en una comunidad?
- Caso contrario, ¿cuál podría ser la causa de la diferencia entre géneros con respecto a obtener el apoyo nutricional?
- ¿Es más probable que las mujeres tengan más desnutrición? De ser así, ¿se representa esta tendencia en el porcentaje de clientes elegibles para el apoyo nutricional?

6.8.6 | Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acción

La respuesta a algunas de las preguntas planteadas en la discusión anterior dependerá de las soluciones y el plan de acción que surja del equipo. En caso que los porcentajes de hombres y mujeres que reciben apoyo nutricional sean similares a los índices de VIH en la comunidad, entonces pareciera que el programa sirve a hombres y mujeres por igual. En caso que no sean similares, entonces los pasos de acción incluirían mayor investigación de las causas de las diferencias entre los géneros y las maneras de contrarrestar esas diferencias. ¿Tienen más problemas las mujeres en llegar a las clínicas o en reunirse con los consejeros? ¿Hay más estigma asociado con TAR y el apoyo nutricional en la comunidad con un género en particular? ¿Varia el número de mujeres que acceden a los servicios o el apoyo entre una y otra comunidad u organización?

7 | Niños Huérfanos y Vulnerables

7.1 | Paso 1: Identificar las preguntas de interés

Varios voluntarios de una OBC que ofrece una variedad de servicios sicológicos, sociales, y económicos para niños huérfanos y vulnerables (NHV) le señalaron al gerente del programa que parecía ser que daban servicios a más niñas que a niños. No estaban seguros si este era realmente el caso pero expresaron su preocupación que quizás sus servicios no llegaban adecuadamente a los varones. El gerente del programa mencionó esto en una reunión con su contraparte en una organización de un donante y el donante pidió que todas las OBC que brinden servicios a NHV comenzaran a monitorear el balance de género de los servicios que se da a través de los voluntarios. En la siguiente reunión de coordinación OBC se les pediría que presenten sus hallazgos. En este caso, la pregunta clave de interés es:

- ¿Cuál es el equilibrio de género de los NHV que reciben servicios?

7.2 | Paso 2: Priorizar las preguntas claves de interés

Se les pidió a las OBC que agregaran esta pregunta de interés a su presentación normal y por, por lo tanto, no se requiere del ejercicio de priorización.

7.2.1 | Refinar la pregunta de interés

El gerente del programa refinó la pregunta de interés para que fuese más específica y medible con el fin de asegurar que cada OBC reporte datos comparables:

- ¿Cuál es la proporción de NHV varones ante NHV niñas que reciben cada tipo de servicio?

7.3 | Paso 3: Identificar las necesidades de datos y los fuentes potenciales

El próximo paso para la OBC era determinar si los datos ya se estaban recolectando. Muchos programas para NHV le piden a sus voluntarios que recaben datos de los servicios que ellos brindan y que compartan esos datos regularmente con la organización.

7.3.1 | Aislar el indicador y/o elemento de datos

El equipo uso estos elementos de datos para responder a la pregunta de interés: niño y niña servidos para cada tipo de servicio.

Tabla 21—Niños huérfanos y vulnerables (NHV)—Formulario de informe

¿Cuánto es el total de NHV servidos por su organización?	H	M	Total
Albergue y cuidados			
Referencia a cuidados de salud			
Educación y/o formación profesional			
Servicio de protección y/o asesoría legal			
Apoyo psicológico y/o espiritual (incluyendo nutrición)			
Servicios de fortalecimiento económico			
Otros			

Tabla 22—Niños huérfanos y vulnerables (NHV)—Informe Mensual

¿Cuántos NHV recibieron servicios de albergue y cuidados de parte de su organización?				
	H	M	Total	Proporción H:M
Organización 1	98	82	180	1.2
Organización 2	18	20	38	0.9
Organización 3	65	94	159	0.7
Organización 4	8	13	21	0.6
Organización 5	55	98	153	0.6

El equipo llegó a la conclusión que los datos apropiados ya se estaban recolectando y comenzó el proceso de transformar estos datos en información que pudiera agregarse a su propuesta para demostrar los logros y brechas en las clínicas. La Tabla 21 muestra un formulario de informe NHV usado por 5 organizaciones, y la Tabla 22 ilustra un informe mensual de los hallazgos de las 5 organizaciones.

7.4 | Paso 4: Transformar los datos en información

7.4.1 | Analizar los datos y presentar los datos en una imagen (gráfica/cuadro o tabla)

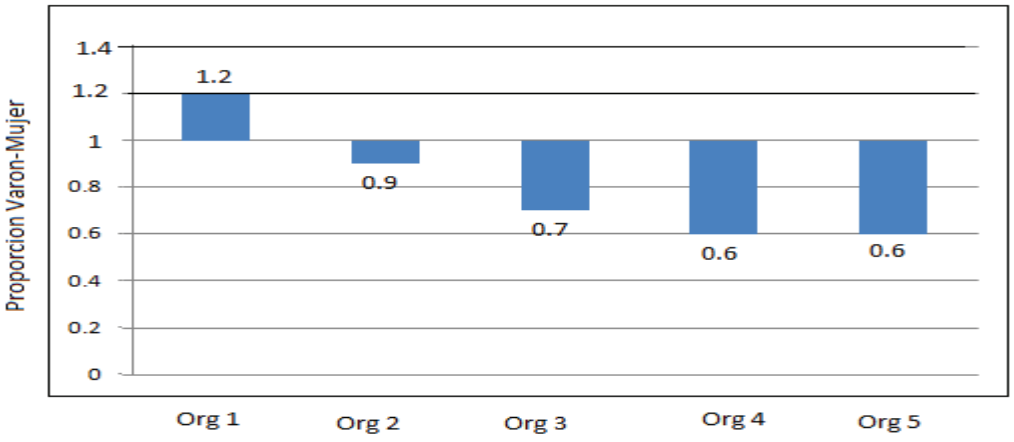
Si se espera que sean números iguales de niños y niñas que quedaran huérfanos o vulnerables por las infecciones de VIH de sus padres, entonces un valor de 1 significaría que los niños y niñas se sirven de igual manera, suponiendo que el índice se calcula dividiendo hombres entre mujeres. Un valor mayor a 1 significa que se sirve a más hombres y un valor menor a 1 significa que se sirve a más mujeres.

CÁLCULO | Para computar la proporción de hombres a mujeres para cada tipo de servicio.

$$\frac{\text{Número de hombres servidos por cada servicio}}{\text{Número de mujeres servidas por cada servicio}} = \text{proporción}$$

Plot the ratios across types of services and organizations. Figure 18 shows these ratios for the five organizations.

Figura 18—Proporción Varón-Mujer con servicios de cuidados y albergue



7.5 | Paso 5: Interpretar la información y sacar conclusiones

Interpretar los datos de rutina y definir los próximos pasos para mejorar un programa se realiza mejor cuando lo hace un grupo. Además de los actores en la OBC, cada uno de estos actores puede contribuir al proceso de interpretar los datos, encontrar soluciones y tomar acción:

- Especialistas de género en el país
- Autoridades de nivel distrital
- Voluntarios del programa

En la próxima reunión de coordinación de NHV, las OBCs presentaron los datos de aquí arriba junto con similares datos de otros servicios provistos a NHV, y la pregunta "¿Qué puede explicar la diferencia de género observada? fue discutida junto con estas otras preguntas:

- ¿Cual es el equilibrio del género identificado por la NHV en este distrito?
- ¿Los voluntarios están contactando con NHV principalmente en el hogar? ¿Los varones están ocupados en algún lugar fuera de casa y no pueden tener acceso a la asistencia brindada por estos programas?
- ¿Las niñas NHV tienen más necesidad?
- ¿Las necesidades de los niños y niñas NHV difieren lo suficiente entre el grupo objetivo para garantizar una proporción que no se aproxima a 1.0 (Ej., ¿Puede ser que las proporciones de sexo entre niños de la calle no sean iguales)?

Las organizaciones y distritos pueden realizar más investigaciones para determinar si hay necesidad que no se ha atendido entre los varones NHV y (si tal necesidad existe) identificar formas de alcanzar a más varones. Mientras tiempo, el grupo de actores llegó a la conclusión que había una necesidad inmediata de tomar acción para poder alcanzar a más varones.

7.6 | Step 6: Craft Solutions and Take Action

El grupo de trabajo hizo una reunión de emergencia de grupos de interés para trabajar soluciones a las inequidades vistas en el programa NHV. El grupo discutió el significado de los datos y las razones del tema. Ellos también discutieron las posibles soluciones. Los cambios que ellos incluyeron en el plan de alcanzar a mas hombres incluyo cambiar el protocolo de reclutamiento para identificar y egresar NHV o ofertar diferentes servicios que pueden ser de gran importancia o de una prioridad más alta a hombres NHV. OBCs pueden solicitar voluntarios y administradores de programa para usar esta información en el programa de reclutamiento y planeación.

Glosario

ACTORES
Cualquier persona, grupo de personas, o entidad con un interés particular en una política o programa.

AGREGADO
Una colección de datos reunidos para un tipo específico de análisis.

ANALISIS
La comparación de los valores meta de un programa con los valores actuales y que permite un entendimiento conceptual del desempeño del programa.

AREA DE SERVICI
Se refiere al área geográfica y población servida por un centro o establecimiento.

CALIDAD DE LA ATENCION
La medida en que los servicios de salud prestados cumplen con los estándares óptimos.

CLUSTER DE DIFERENCIACION ANTIGENA 4 (CD4)
Receptor primario utilizado por el VIH-1 para entrar en las células T anfitrionas.

COBERTURA
Describe qué porcentaje de un área de servicio es atendida por un programa.

COHORTE
Un grupo de sujetos con una característica en común que los define y permite un análisis estadístico.

CONDUCTA DE BUSQUEDA DE SALUD
La adopción consciente de un estilo de vida saludable.

CONFIABILIDAD
La consistencia de recolección y medición de datos.

CUIDADOS PRENATALES
Control Prenatal.

DASHBOARD/TABLERO
Herramienta utilizada por los investigadores y oficiales de programa para manejar y monitorear los resultados de un programa.

DATOS CUALITATIVOS
Datos descritos en términos de calidad.

DATOS CUANTITATIVOS
Datos que se describen numéricamente.

DATOS
Se refiere a los números en bruto y sin procesar, las mediciones, o el texto.

DEMANDA Y USO DE DATOS
Enfoque sistemático que aplica las mejores prácticas y herramientas apropiadas con el fin de aumentar la demanda por datos de calidad relacionados con la salud y asegurar que la información resultante sea utilizada en un proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia.

DENOMINADOR
La parte de una fracción que debajo de la línea (el divisor del numerador).

DESAGREGAR
Separar o dividir los datos en sus partes componentes.

DIAGNOSTICO
La conclusión de una investigación o un análisis de la causa o naturaleza de una situación en particular.

DIALOGO ENTRE USUARIOS Y PRODUCTORES DE DATOS
Un elemento importante para asegurar que la información sea útil y que se está recabando la información apropiada para entender una necesidad o decisión específica.

ENCUESTA DE INDICADORES DE SIDA
Provee información específica de una cohorte definida, por ejemplo, descripciones de epidemias y tasas de prevalencia demográfica.

ESTADISTICAS VITALE
El registro de nacimientos y fallecimientos en una población.

EXACTITUD
Descripción cuantitativa de cuan cerca es un resultado a una cantidad conocida.

FICHA TAR DE LA OMS
La lista de la Organización mundial de la salud que proporciona todos los datos necesarios para un análisis de cohorte de la terapia antirretroviral (TAR).

FLUJOGRAMA
Una ayuda visual que describe la trayectoria de un proceso.

FUENTE DE INFORMACION DE RUTINA
Proporciona datos que se recaban continuamente, como los registros de pacientes.

FUENTE DE INFORMACION NO RUTINARIA
Proporciona datos que se recaban periódicamente. Los ejemplos incluyen encuestas representativas de base poblacional como las Encuestas demográficas de salud, censos, encuestas indicadoras de SIDA, y las encuestas de monitoreo del comportamiento.

INDICADOR REPRESENTATIVO
Medición indirecta de la meta de un programa.

INDICADORES VIH
Grupo de valores estadísticos, que en conjunto describen los aspectos del VIH dentro de un entorno definido.

INDICADORES
Grupo de valores estadísticos, que en conjunto describen un sistema definido.

INFECCION OPORTUNISTA
Infección por microorganismos que causan enfermedades que, en un sistema inmunológico saludable, no causan la enfermedad, pero que se aprovechan de la disminución de la inmunidad de una persona infectada por el VIH.

INFORMACION ESTRATEGICA
Información que apoya los procesos de toma de decisiones que guian el diseño, gestión y prestación de servicios de programas.

INFORMACION
Se refiere a los datos procesados o los datos combinados presentados en un contexto específico.

INTEGRIDAD:
La medida en que los datos están libres de sesgo o manipulación deliberada.

INTERPRETACION:
Proceso por el cual los resultados de un análisis son entendidos en el contexto de un programa.

MEDIO
El valor a la mitad de un conjunto de datos cuando las puntas de datos se ordenan del valor menor al valor mayor, o viceversa.

MONITOREO Y EVALUACION (M&E)
Proceso por el cual los datos son recabados, analizados y comunicados para brindar información a hacedores de políticas y otros actores para usar en la toma de decisiones, diagnosticar problemas o inquietudes y responder a preguntas programáticas.

MONITOREO
Análisis e interpretación continúa de indicadores claves.

NEVIRAPINA
Fármaco antirretroviral usado para tratar la infección de VIH-1 y SIDA y administrado a la madre y el niño para reducir la tasa de transmisión vertical.

NUMERADOR
La parte de una fracción que está por encima de la línea y representa el número que se divide entre el denominador.

OBJETIVO
Uno de los blancos del programa o meta de un indicador.

OPORTUNO
Lo apropiado del periodo del tiempo de la recolección, la disponibilidad y uso de los datos.

PORCENTAJE
Expresa una fracción de un total. Una proporción multiplicada por 100 da como resultado un porcentaje.

PREVENCION DE TRANSMISION VERTICAL (PTV)
Programas destinados a prevenir la infección del VIH de una madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

PRECISION
Describe cuan cerca se relacionan los puntos de datos dentro de un conjunto de datos.

PRODUCTOR DE DATOS
Personas u organizaciones que realizan investigaciones; recaban datos primarios en el curso de la prestación o entrega de un servicio específico o entrega de una intervención programática, o recopilan, analizan, interpretan o comunican datos e información. Un usuario de datos y un productor de datos pueden ser la misma persona.

PROFILAXIS
Un procedimiento de salud pública cuya intención es prevenir una enfermedad.

PROMEDIO
La suma de las observaciones dividida entre el número de observaciones.

PROPORCION
Región en la cual los individuos en el numerador deben estar incluidos en el denominados.

PROVEEDOR DE SERVICIOS
Actor en un programa que ofrece el servicio del cual se están recolectando y analizando datos.

RESPUESTA INFORMADA (POR DATOS)
Respuestas que utilizan la información recopilada para abordar elementos específicos del programa. Estas respuestas pueden ampliar el alcance o servicio del programa. mejorar la calidad del servicio y mejorar la retención en los programas.

SISTEMA DE INFORMACION
Un esquema organizacional desarrollado para albergar y analizar los datos introducidos.

SISTEMA DE SALUD
Arreglo organizado dedicado a los aspectos relacionados con los servicios de salud.

TASA
Una proporción en la que dos medidas se relacionan entre sí.

TENDENCIA
Una representación de las observaciones o análisis que se producen durante un periodo definido de tiempo.

TERAPIA ANTIRETROVIAL (TAR)
Estrategias para el tratamiento medicinal de infecciones por retrovirus, como el VIH.

TOTALIDAD:
Describe la amplitud del conjunto de datos.

TRIANGULACION
El uso de más de dos métodos para referenciar los resultados.

USUARIO DE DATOS
Personas u organizaciones que toman decisiones, desarrollan políticas y planes, formulan mensajes de incidencia, brindan servicios, o administran programas. Un usuario de datos y un productor de datos pueden ser la misma persona.

Bibliografia

Brinkerhoff DW, Crosby BL. *Managing Policy Reform: Concepts and Tools for Decision-Makers in Developing and Transitioning Countries*. Sterling, VA: Kumarian Press; 2001.

Brown W, Stouffer R, and Hardee K. *Data Quality Assurance Tool for Program Level Indicators*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2007.

Foreit K, Moreland S, LaFond A. *Data Demand and Information Use in the Health Sector: A Conceptual Framework*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2006.

Foreit K, Moreland S, LaFond A. *Data Demand and Information Use in the Health Sector: Strategies and Tools*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2006.

Frankel N, Gage A. *M&E Fundamentals: A Self-Guided Minicourse (MENTOR)*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2007.

The POLICY Project. *Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual*. Washington, DC: The POLICY Project; 1999.

United Nations Millennium Declaration. 2000. Resolution adopted by the General Assembly. http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm.

USAID Health Care Improvement Project. *A learning and improvement system for strengthening documentation, analysis, and synthesis of learning by quality improvement teams: Introduction to the tools for field testing.* http://www.hciproject.org/node/1271.

Uthman, O. Prevalence and pattern of HIV-related malnutrition among women in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic health surveys. *BMC Public Health*. 2008;8(1):226.

World Health Organization (WHO). *Nutrition Requirements of People Living with HIV/AIDS*. Geneva: WHO: 2003.

World Health Organization. 2009. Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf.

Apendice I

Herramientas de Apoyo

1 | Como Calcular una Tasa

Una tasa es el número de casos que ocurren durante un periodo de tiempo determinado en una población que se mantiene expuesta a un fenómeno o enfermedad durante el mismo periodo de tiempo. Con frecuencia, una tasa es expresada con base en 1,000; 10,000; o 100,000 individuos en términos poblacionales. En el primer ejemplo de aquí abajo, queremos saber la tasa de mortalidad infantil de Nueva Zelanda, Nigeria y Rusia en 2007. La tabla 23 muestra las tasas de mortalidad infantil de los tres países.

Una tasa de mortalidad infantil de tres países con poblaciones muy diferentes es fácil de comparar después de hacer el cálculo para cada uno.

La Tabla 24 muestra la tasa de incidencia de la tuberculosis (TB) de 1997 a 1998 en el Territorio de la Capital Federal (FCT) de Nigeria, por área del gobierno local. La tasa de incidencia es el número de nuevos casos registrados en un periodo determinado de tiempo dentro de un grupo específico de personas.

Tabla 23—Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos en 2007

País	Tasa de mortalidad infantil
Nueva Zelanda	5.7
Nigeria	95.5
Rusia	11.1

Tabla 24—Casos de tuberculosis (TB) en el territorio de la Capital Federal, 1997–1998

Áreas del gobierno local	Población (1997–1998)	Casos de TB
Bwari	141,000	446
Abaji	25,000	79
Kuje	65,000	206
Gwagwalada	91,000	288
Kwali	85,000	269
Municipal	350,000	1,108
Garam	224,000	709
Total	981,000	3,106

CÁLCULO | El índice total de incidencias de TB fue de 317 casos por cada 100,000 personas:

$$\frac{3{,}106}{981{,}000} = 0.003166 \times 100{,}000 = 317$$

2 | Calcular una proporción y porcentaje

Una proporción es una relación en la que todos los individuos incluidos en el numerador deben formar parte también del denominador. En el siguiente ejemplo, quisiéramos conocer, a partir de todos los clientes, cuantos clientes entre 15–24 años reciben consejería en cada clínica. Vamos a responder a esta pregunta, calculando la proporción y el porcentaje de cada clínica.

CÁLCULO | En la tabla 3, la proporción de clientes totales de 15–24 años en una clínica entre los aconsejados es de:

$$\frac{\text{Número de clientes 15–24 años con consejería}}{\text{Número total de clientes aconsejados}} \rightarrow \frac{104}{306} = \text{Es la proporción de clientes de 15–24 años entre los aconsejados}$$

Un porcentaje es una forma de expresar una proporción. La proporción es multiplica da por 100. Mediante el cálculo de un porcentaje, podemos comparar los datos a través de los centros de salud, las regiones y países.

También nos ayuda a conceptualizar lo que se necesita hacer. Los porcentajes nos ayudan a:

- Seguir el progreso hacia nuestras metas.
- Estimar la cobertura.
- Medir los resultados, y
- Comprender nuestro desempeño, medido frente a los indicadores de calidad de la atención.

Tabla 25—Informe mensual de consejería y pruebas del VIH (HCT)

No. de clientes	< 15 años		15–24 años		25 o mayor		Total
	H	M	H	M	H	M	
HCT: Clínica A							
Aconsejado	2	8	53	51	96	96	306
Probado	2	8	50	50	95	95	300
VIH positivo	0	0	1	8	11	13	33
HCT: Clínica B							
Aconsejado	2	8	69	62	310	314	765
Probado	2	8	50	50	295	295	700
VIH positivo	0	0	1	1	36	38	76

Para ilustrar mejor la forma de calcular un porcentaje, considere un ejemplo en donde deseamos saber qué porcentaje del total de clientes HCT tienen de 15–24 años. Tenemos que identificar el número de clientes de 15–24 años que recibieron consejería en la clínica (numerador) y el número total de los clientes de HCT de todas las edades (denominador) que acudieron a la clínica; luego, se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.

Usando la tabla 25, sabemos que en la clínica A, 104 clientes recibieron consejería y tienen de 15–24 años (53 + 51) y un total de 306 clientes HCT recibieron la consejería. En la clínica B, hay 131 clientes de 15–24 años que recibieron consejería (69+62) y un total de 765 clientes que fueron aconsejados. Los porcentajes de clientes totales aconsejados que tienen entre 15–24 años son los siguientes.

CÁLCULO | Clínica A:

$$\frac{104}{306} = 0.34 \times 100 = 34\%$$

Clínica B:

$$\frac{131}{765} = 0.17 \times 100 = 17\%$$

3 | Calcular una media (o promedio)

Al mirar un conjunto de datos, es útil poder hacer las generalizaciones sobre los datos como un todo. Esto se suele hacer mediante el cálculo del centro o el punto alrededor del cual todos los datos se agrupan. Los dos cálculos más comunes son el promedio (o simplemente media) y la mediana. El promedio se describe con mayor detalle a continuación y la mediana se discute a continuación. El promedio se calcula sumando todas las observaciones/mediciones en un conjunto de datos y dividiendo por el número total de mediciones. Al usar la Tabla 26, queremos saber el número promedio de pacientes atendidos cada mes en la clínica A.

Tabla 26—Clínica A: Pacientes atendidos por mes

Mes	No. pacientes
Enero	90
Febrero	110
Marzo	100
Abril	95
Mayo	92
Junio	106
Julio	104
Agosto	100
Septiembre	101
Octubre	92

Para calcular el número promedio de pacientes atendidos, tendríamos que sumar el conteo de pacientes de cada mes y luego dividir el resultado de la suma por el número de meses considerados (10).

CÁLCULO | El número promedio de clientes vistos por mes sería:

$$\frac{(90 + 110 + 100 + 95 + 92 + 106 + 104 + 100 + 101 + 92)}{10} = 99$$

El promedio toma en consideración la magnitud de cada observación en un conjunto de datos, lo que lo hace sensible a valores extremos. Por ejemplo, si los datos de la Tabla 26 se han modificado accidentalmente y el conteo de pacientes de dos clínicas fue 9.0 y 11.0 en vez de 90 y 110 (Tabla 27):

Tabla 27—Clínica A: Pacientes atendidos por mes

Mes	No. pacientes
Enero	9.0
Febrero	11.0
Marzo	100
Abril	95
Mayo	92
Junio	106
Julio	104
Agosto	100
Septiembre	101
Octubre	92

CÁLCULO | El número promedio de clientes vistos por mes seria:

$$\frac{(9.0 + 11.0 + 100 + 95 + 92 + 106 + 104 + 100 + 101 + 92)}{10} = 81$$

Como puede ver, dos valores que no encajan con el resto del conjunto de datos hacen una diferencia en la generalización que se haría sobre estas clínicas al calcular el promedio. El valor 81 no es un representante adecuado para el conjunto de datos que en realidad varía de 90 hasta 110.

4 | Calcular una mediana

La mediana no es tan sensible a valores extremos como el promedio, ya que toma en consideración el orden la de los valores. Por tanto, usamos la mediana cuando los conjuntos de datos contienen valores extremos. (Tenga en cuenta que en la Tabla 28, la mayoría de las cifras se agrupan entre 92 y 106. Los números 9,11, y 14 son valores extremos y no son parte del grupo.)

Tabla 28—Clúster del conteo de diferencias antígenas 4 (CD4) por cliente

Cliente	Conteo de CD4
Cliente 001	9
Cliente 002	11
Cliente 003	100
Cliente 004	***95***
Cliente 005	92
Cliente 006	106
Cliente 007	104
Cliente 008	100
Cliente 009	101
Cliente 010	92
Cliente 011	14

Si una lista de valores se ordena de menor a mayor, entonces la mitad de los valores son mayores que o igual a la mediana (o valor medio) y la otra mitad son menores o iguales a la mediana. Cuando hay un número par de valores en el conjunto de datos, la mediana es el promedio de dos valores centrales.

Volviendo al ejemplo de la página anterior, si calificamos los valores de la tabla 27 de menor a mayor, tenemos 9.0, 11.0, 92, 92, 95, 100, 100, 101, 104, 106.

CÁLCULO | Como hay un número par de observaciones, la mediana es calculada como:

$$\frac{(95 + 100)}{2} = 97.5$$

Cuando hay un número impar de valores, la mediana es el valor de en medio. La tabla 28 muestra el recuento medio de conteo CD4 para 11 clientes. Cuando los valores se ordenan de menor a mayor, el 95 es el valor de en medio. En este caso no hay necesidad de un cálculo. La mediana es 95.

5 | Calcular una cobertura

La cobertura es el grado en que un programa llega a su población, institución, o área geográfica meta. La cobertura evalúa la disponibilidad y/o utilización de los servicios. Ejemplos de los indicadores de cobertura para el VIH/SIDA y los programas de tratamiento incluyen:

- el número de clientes para terapia antirretroviral.
- el porcentaje de los niños con necesidad de recibir profilaxis con antibióticos, y
- el porcentaje de los pacientes con VIH que reciben tratamiento para la tuberculosis.

Los siguientes ejemplos muestran la forma de calcular la cobertura.

5.1 | Ejemplo 1

Para evaluar la disponibilidad de servicios de SPV en dos áreas de servicio diferentes, queremos saber el número de clínicas de SPV por población meta en cada área. En el área A hay nueve clínicas de SPV por cada 10,000 personas. En el área B hay dos clínicas por cada 10,000 personas Esta información nos indica que la cobertura puede ser mayor en el área de servicio A. Es posible que deseemos saber más acerca de la densidad y la ubicación.

Tabla 29—Reporte mensual de terapia antirretroviral (TAR)

	Numero en TAR
Hombres	7,980
Mujeres	15,881
Número acumulado	23,861
Meta a 5 años	32,000
% de cobertura	***75%***

5.2 | Ejemplo 2

En algunos casos, la cobertura se define como el porcentaje de la población meta que recibe o utiliza un servicio.

CÁLCULO | Si hay 32,000 personas VIH positivos en un área de servicio, la cobertura es el porcentaje de personas VIH positivos que reciben TAR:

$$\frac{\text{23,861 personas VIH positivos en TAR}}{\text{32,000 personas VIH positivos (Población meta) de cobertura}} = 0.75 \times 100 = 75\%$$

6 | Evaluar un programa de retención

La retención del programa es el grado en que un programa opera para lograr el resultado más óptimo – la retención de los clientes a través del programa o servicio. Es importante evaluar la retención de programa especialmente en proyectos clínicos en donde la adherencia a fármacos es un problema (por ejemplo, tuberculosis o VIH/SIDA). Para evaluar la retención de programas, típicamente miramos las tendencias (¿Cómo ha cambiado la cobertura a través del tiempo?) y los objetivos (¿Cómo se compara la cobertura de los servicios en relación con lo que se espera lograr?). Usando la tabla 30, queremos evaluar la retención mediante el cálculo del cambio en el porcentaje de clientes que se quedaron en el programa de TAR durante un periodo de 6 meses (tendencia) y el porcentaje logrado hacia la meta prevista.

Tabla 30—Informes de terapia antiretroviral (TAR) por región

	Región 1	Región 2
Clientes en TAR en línea base	488	859
Clientes en TAR en 6 meses (actual)	343	784
Porcentaje de retención en TAR	70%	91%
Meta a 5 años	679	918
% de la meta a 5 años lograda	51%	85%

CÁLCULO | Para calcular el porcentaje de clientes que se quedaron en el programa TAR a través del tiempo (tendencia) para cohortes seleccionadas:

$$\frac{\text{El cambio}}{\text{El número original}} \times 100$$

Región 1:

$$\frac{(488 - 343)}{488} = 0.30 \times 100 = 30\% \text{ reducción de clientes}$$

Retención TAR para esta cohorte es 70%

Región 2:

$$\frac{(859 - 784)}{859} = 0.09 \times 100 = 9\% \text{ reducción de clientes}$$

Retención para esta cohorte es 91%

CÁLCULO | To calculate the percent achieved toward the expected target, divide the number of current clients on ART by the 5-year target and multiply by 100.

Región 1:

$$\frac{343}{679} = 0.51 \times 100 = 51\%$$

Región 2:

$$\frac{784}{918} = 0.85 \times 100 = 85\%$$

7 | Resumir los datos

Dos maneras de resumir datos son usar tablas o usar gráficos. Una tabla es la manera más sencilla para resumir un conjunto de observaciones. Una tabla tiene filas y columnas que contienen datos (Tabla 31), que pueden ser presentados en forma de números de porcentajes o ambos. Los gráficos son representaciones pictóricas de datos numéricos y deben diseñarse para que muestren fácilmente los patrones generales de los datos mediante la ilustración de tendencias, relaciones y comparaciones.

Tabla 31—Número de nacimientos por año

Año	Número de nacimientos
1900	5
1901	7
1902	9

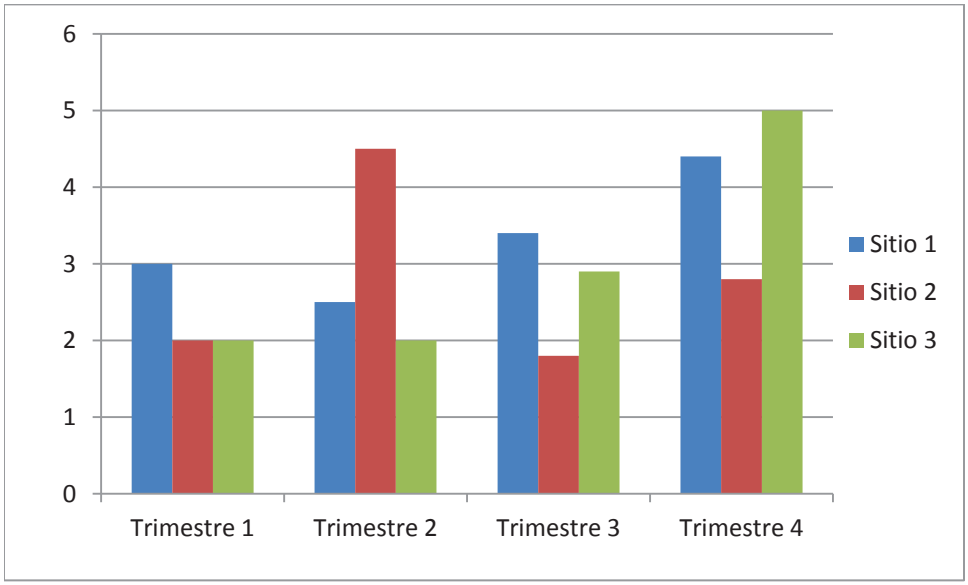
Para hacer que el gráfico se explique por sí mismo en la medida de lo posible, hay varias cosas a incluir:

- Cada cuadro o gráfica debe tener un título o encabezado.
- El eje x (línea en la parte inferior) y el eje y (línea a lo largo del lado izquierdo) de un gráfico deben ser etiquetados – incluyen etiquetas de valor, signo de porcentaje y una leyenda.
- Citar la fuente de sus datos e incluir la fecha en que fueron recogidos o publicados.
- Proporcionar el tamaño de la muestra o el número de personas a las que el gráfico se refiere.
- Incluir notas al pie si el gráfico no se explica por sí mismo.

7.1 | Gráficos

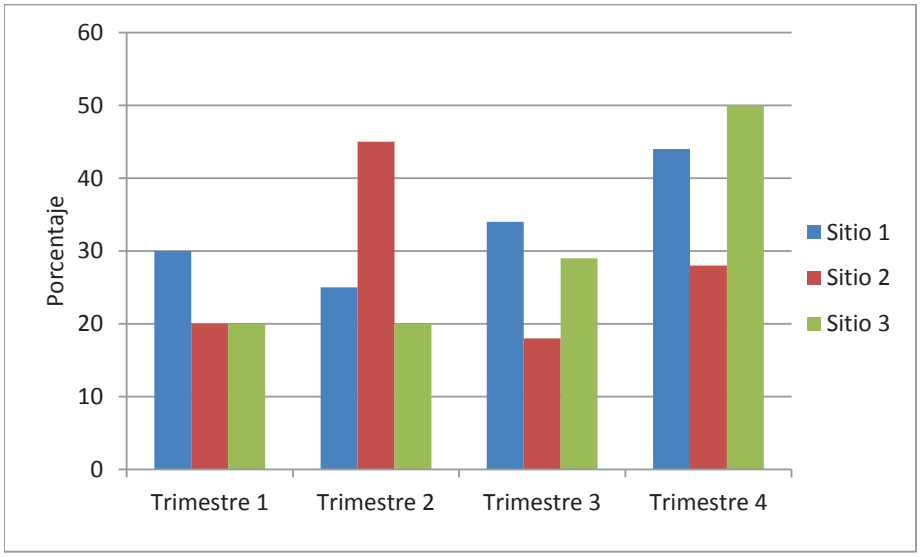
Vamos a revisar los gráficos más usados en Microsoft Excel y Power Point. Los gráficos de barras se utilizan para comparar los datos de todas las categorías. En este gráfico de barras, estamos comparando las categorías de datos de diferentes sitios. ¿Qué se debe añadir a la tabla en la figura 19 para darle al lector más información?

Figure 19



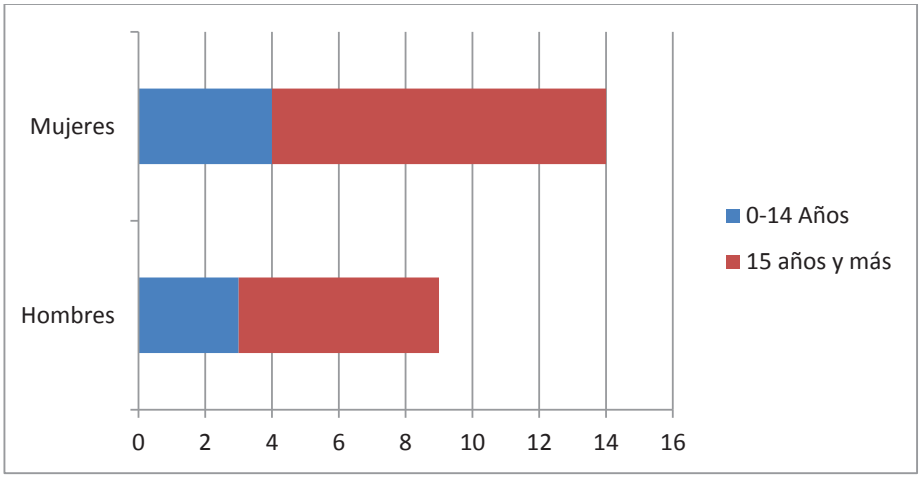
En la figura 20, vemos como se mejoró el gráfico y ahora se explica por si mismo. Para mejorar el gráfico, hemos añadido un título y definido los valores mediante la adicion de una etiqueta al eje y las etiquetas de datos. Mediante la adición de un título, los lectores saben a qué población el gráfico se refiere y, mediante el etiquetado del eje, los lectores saben a qué son porcentajes los valores en lugar de números absolutos.

Figura 20—Porcentaje de nuevos examinados por VIH en cada sitio por trimestre



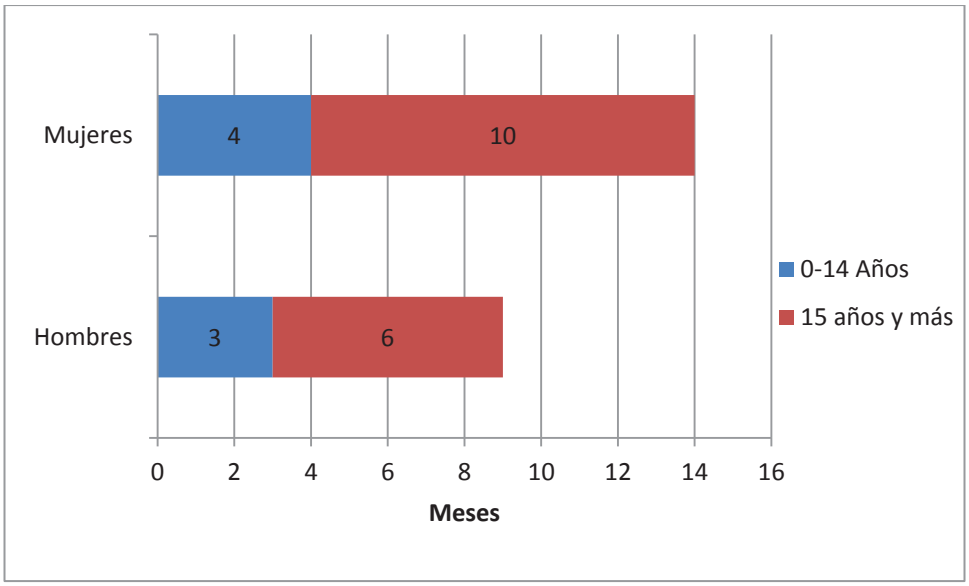
Para interpretar la Figura 20, deberíamos poner atención a cosas como la meta, la cobertura de utilización en los diferentes sitios, la tendencia en el tiempo, y el número promedio de afiliados. La meta (representada por una línea es practicar el examen al 50% de nuevos inscritos en cada sitio en cada trimestre. Solo el sitio 3 alcanzó la meta, que se produjo en el Trimestre 4. ¿Cuál es la cobertura de la utilización (porcentaje de la población objetivo utilizando los servicios)? En el trimestre 1 es del 30% en el sitio 1 y del 20% en los otros dos sitios. ¿Cuál es la tendencia en el tiempo? La cobertura de la utilización en el sitio tres aumentó de 20% en el Trimestre 1 al 50% en el Trimestre 4. El gráfico de barras apiladas se utiliza a menudo para comparar los valores múltiples cuando los valores del gráfico representan la duración, tales como el número de meses que los clientes se han inscrito en la atención del VIH (Figura 21). ¿Qué sebe ser agregado a esta tabla (Figura 21) para proporcionar al lector con más información).

Figure 21



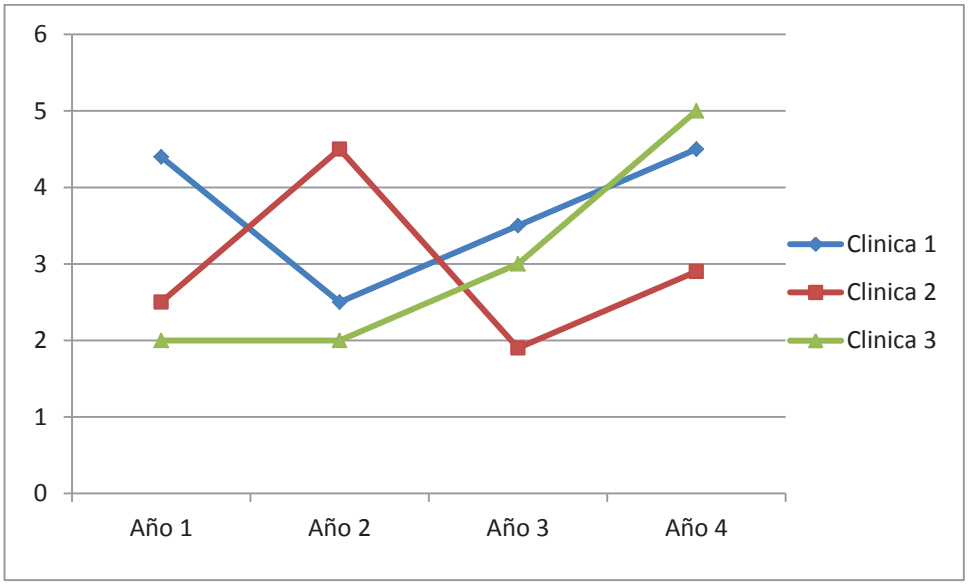
La figura 22 muestra que la adición de un título y las etiquetas de datos hace que sea más facil de entender. Usted tambien podría agregar el origen de los datos, pero no es necesario si todos sus cuadros y gráficos se derivan de la misma fuente/ conjunto de datos.

Figura 22—Número de clientes mensuales que han sido admitidos en cuidado VIH por grupo de edad



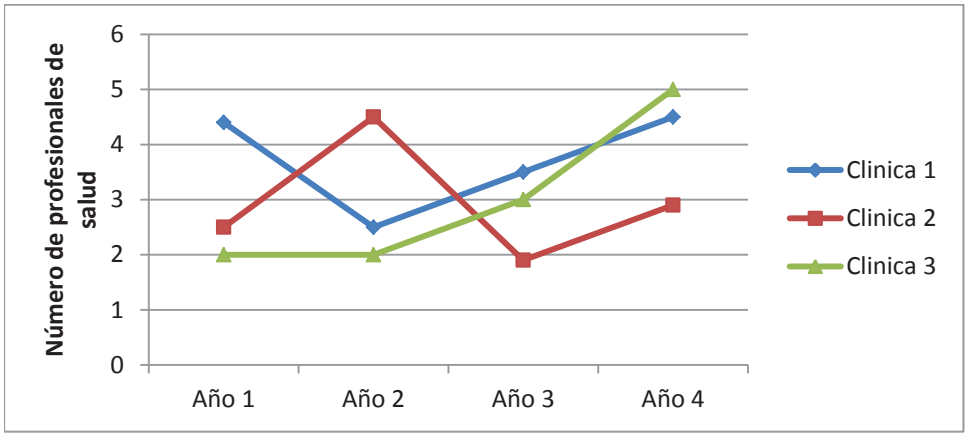
Los gráficos de línea se deben utilizar para mostrar las tendencias en el tiempo y son particularmente útiles cuando hay muchos puntos de datos. En este caso, tenemos cuatro puntos de datos para cada clinica (Figura 23). ¿Qué debe añadirse a esta lista para ofrecer al lector más informacion?

Figure 23



La figura 24 muestra el mismo cuadro con informacion adicional. Una etiqueta para el eje asi como un título han sido añadidos. En algunas situaciones, los profesionales de salud pueden ser solo los médicos, pero en este caso, nos referimos tanto a los médicos y enfermeras, así que hemos añadido un pie de nota para aclarar este punto.

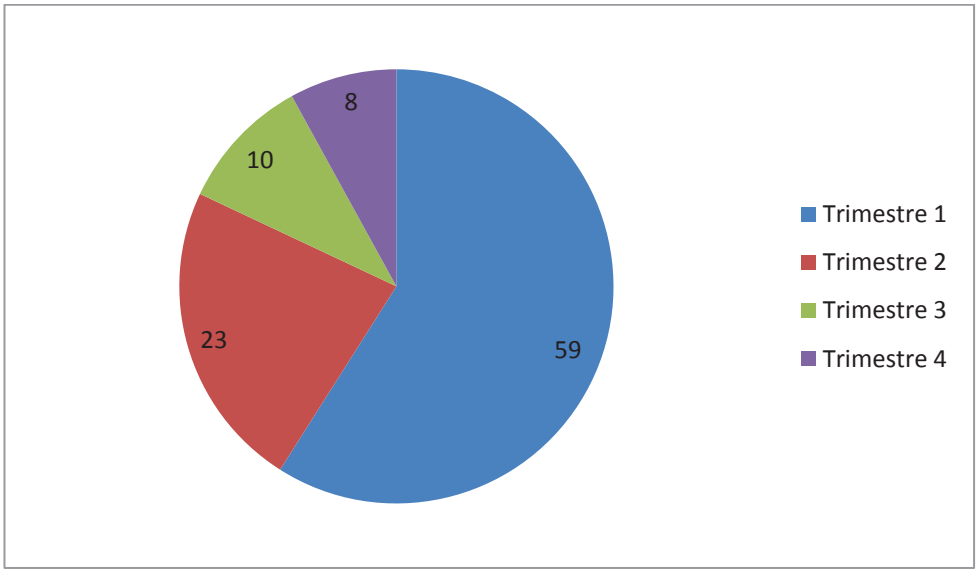
Figura 24—Número de profesionales de salud que laboran en cada clínica durante los años 1 al 4



***Incluye médicos y enfermeras**

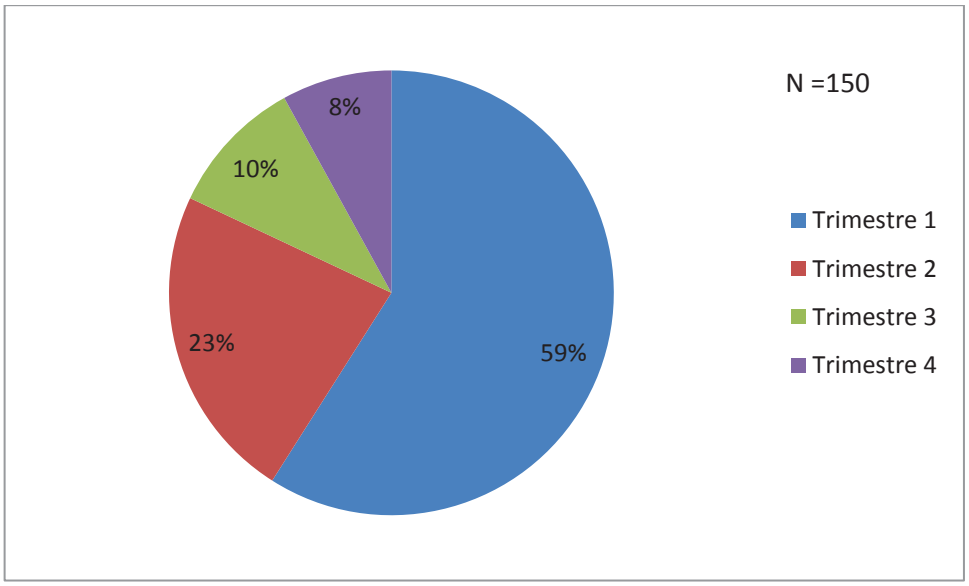
Los gráficos de pastel muestran porcentajes o la contribución de cada valor al total. En la figura 25, los valores suman 100%. En este caso, el gráfico muestra la contribución de cada trimestre para todo el año. Por ejemplo, el primer trimestre contribuyó el mayor porcentaje de pacientes inscritos (59%). ¿Qué debe ser añadido a esta tabla para proporcionar al lector más información?

Figure 25—Pacientes



Para hacer que este gráfico de pastel sea facil de entender, hemos añadido un título más descriptivo y la etiqueta de porcentaje. En la gráfica previa, no era obvio si los valores estaban en números o porcentajes. Agregando el tamaño de la muestra se provee información del número total de observaciones.

Figura 26—Porcentaje de todos los pacientes ingresados por trimestre



Apendice II

Hojas de trabajo en blanco

Guía de discusión (Paso 1: Identificar preguntas de interés)

Propósitos: Documentar las decisiones que toma el grupo o las preguntas que deben responder para mejorar los programas y servicios. Antes de esta reunión se pueden identificar los actores que debieran estar presentes en la misma utilizando la Herramienta de participación de actores: http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-46e

Fecha de la reunión:

Centro/Organización:

Facilitador:

Actores presentes:

Preguntas de discusión

Decisiones a tomar o incidir
¿Hay decisiones de planificación que deben tomarme en un futuro temprano?

¿El programa tiene un plan estratégico? ¿Está este plan actualizado?

¿Cuándo deben entregarse los planes anuales?

¿Hay oportunidades de incidencia en un futuro cercano? ¿Cómo pueden hacer los actores actuales para incidir en estas decisiones?

Guía de discusión *(Paso 1: Identificar preguntas de interés)*

Preguntas de éxito programático
¿Cómo puede saber si su programa o servicio está funcionando bien o no?

¿Qué necesita o desea conocer para saber que su programa funciona bien y que tiene éxito?

¿Su programa o servicio está mejorando la salud de los clientes?

¿Cómo sabe si hay problemas o que su programa no está logrando sus objetivos predeterminados?

Preguntas acerca del flujo de clientes
¿Cuál es la forma típica en que los clientes ingresan a su programa? ¿Hay múltiples puntos de ingreso o solo uno?

¿En cuál proceso del programa se pierden más clientes? ¿Esto le sorprende? ¿Hay pérdidas debidas a muerte, migración o por falta de seguimiento?

¿Hay cuellos de botella en la entrega del servicio? ¿Dónde?

Matriz de análisis de actores (Paso 1: Identificar preguntas de interés)

Propuesta: _____

Programa: _____

Fecha: _____

Nombre del actor—organización, grupo o individuo Nacional, regional o local	**Descripción del actor** Propósito primario, afiliación, financiamiento	**Rol potencial en el tema o actividad** Interés particular en la actividad	**Nivel de conocimiento del tema** Áreas específicas de experiencia	**Nivel de compromiso** Apoya o se opone a la actividad, a que grado y por que	**Recursos disponibles** Personal, voluntarios, dinero, tecnología, información, influencia	**Limitaciones** Necesita fondos para participar, falta de personal, barrera política u otras barrera
Sector gubernamental						
Sector político						

Matriz de análisis de actores

Nombre del actor—organización, grupo o individuo Nacional, regional o local	**Descripción del actor** Propósito primario, afiliación, financiamiento	**Rol potencial en el tema o actividad** Interés particular en la actividad	**Nivel de conocimiento del tema** Áreas específicas de experiencia	**Nivel de compromiso** Apoya o se opone a la actividad, a que grado y por que	**Recursos disponibles** Personal, voluntarios, dinero, tecnología, información, influencia	**Limitaciones** Necesita fondos para participar, falta de personal, barrera política u otras barrera
Sector comercial						
Sector no-gubernamental						

Matriz de análisis de actores

Nombre del actor—organización, grupo o individuo Nacional, regional o local	**Descripción del actor** Propósito primario, afiliación, financiamiento	**Rol potencial en el tema o actividad** Interés particular en la actividad	**Nivel de conocimiento del tema** Áreas específicas de experiencia	**Nivel de compromiso** Apoya o se opone a la actividad, a que grado y por que	**Recursos disponibles** Personal, voluntarios, dinero, tecnología, información, influencia	**Limitaciones** Necesita fondos para participar, falta de personal, barrera política u otras barrera
Otras audiencias meta de la sociedad civil						
Donantes internacionales						

Adaptado de Brinkehoff D and Crosby B, 2001; The POLICY Project, 1999

Plan de participación de actores (Paso 1: Identificar preguntas de interés)

Propuesta: _____

Programa: _____

Fecha: _____

Nombre del actor—organización, grupo o individuo	**Rol potencial en la actividad**	**Estrategia de la participación** ¿Cómo involucrará al actor en la actividad?	**Estrategia de seguimiento** Planes de seguimiento para involucramiento contínuo
Sector gubernamental			
Sector político			

Plan de participación de actores

Nombre del actor—organización, grupo o individuo	**Rol potencial en la actividad**	**Estrategia de la participación** ¿Cómo involucrará al actor en la actividad?	**Estrategia de seguimiento** Planes de seguimiento para involucramiento contínuo
Sector comercial			
Sector no-gubernamental			

Plan de participación de actores

Nombre del actor—organización, grupo o individuo	Rol potencial en la actividad	Estrategia de la participación ¿Cómo involucrará al actor en la actividad?	Estrategia de seguimiento Planes de seguimiento para involucramiento contínuo
Otras audiencias meta de la sociedad civil			
Donantes internacionales			

Adaptado de Brinkehoff D and Crosby B, 2001; The POLICY Project, 1999

Hoja de trabajo para priorizar (Paso 2: Dar prioridad a preguntas claves de interés)

Proyecto/organización: _____

Preguntas claves de interés	Relevancia programática	Responsable	Viabilidad	Plazos de la pregunta	Otros criterios	Total
Lista de preguntas y rango de acuerdo a cada criterio	Muy relevante =4 Algo relevante =3 Poca relevancia =2 No es relevante =1	Fácil de responder=4 Viable para responder con los datos de rutina=3 Puede requerir datos no rutinarios=2 Requiere datos de colección significativa=1	Muy accionables=4 Existen posibles obstáculos a la acción=3 Baja probabilidad de acción=2 Muy pocas posibilidades de acción=1	Inmediata=4 El próximo mes=3 El próximo trimestre=2 Futuro lejano=1	= 4 = 3 = 2 = 1	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Guía de discusión (Paso 5: interpretar la información y sacar las conclusiones)

Fecha:

Centro:

Partes interesadas presentes:

Facilitador:

Preguntas de Discusión

¿El indicador cumple con la meta?

¿Es el hallazgo sorprendente ¿Por qué o por qué no?

¿Por qué estamos viendo esta tendencia?

¿Cómo se comparan estos datos con los datos de rendimiento de otras organizaciones?

Guía de discusión (Paso 5: Interpretar la información y sacar las conclusiones)

¿Qué explica las diferencias entre las unidades y los distritos? Considerar las diferencias en el financiamiento, el personal y los enfoques programáticos y procesos.

¿Existen factores externos que contribuyen a los hallazgos? Algunos ejemplos incluyen las temporadas, los factores políticos, ambientales, culturales, o socioeconómicos.

¿Podría ser la tendencia el resultado de la recopilación de datos?

¿Qué otros datos deben ser revisados para entender el hallazgo?

Hoja de trabajo de calificación de soluciones prioritarias (Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acciones)

Proyecto/organización: _____

Soluciones posibles	Magnitud	Factibilidad/apoyo	Costo	Necesidad de otros recursos	Capacidad	Total
Por favor escriba lista de las soluciones propuestas y califíquelas de acuerdo a cada criterio.	A gran escala =4 Escala media=3 Escala baja=2 Muy baja escala=1	Muy Factible=4 Factibilidad buena=3 Factibilidad baja=2 Factiblemente no es posible=1	Bajo=4 Medio=3 Alto=2 Muy alto=1	Mínimaos=4 Pocos=3 Varios=2 Significativos=1	Excelente=4 Buena=3 Regular=2 Poca o nada=1	

Programa del Plan de acción (Paso 6: Elaborar soluciones y tomar acciones)

Proyecto/organización: _____

Fecha: _____

Actividad o Intervención Indicador para monitorear el éxito	Línea Base	Meta	Detalle de la actividad/ Pasos a seguir	Persona responsable	Otras personas interesadas	Tiempo aproximado (fechas, plazos)	Persona encargada del monitoreo

Marco para vincular los datos de la acción (Guía general del proceso)

Título: _____

Objetivos: _____

Tiempo para tomar decisiones: _____

Acción/Decisión	Política o pregunta programática	Quien toma las decisiones y otras partes interesadas	Indicador/datos necesarios	Los datos de origen	Plazos	Canal de comunicación

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
The University of North Carolina at Chapel Hill
206 W. Franklin St., CB 8120
Chapel Hill, NC 27516
www.measureevaluation.org