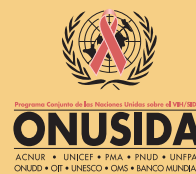


Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS sobre la
vigilancia mundial del VIH/sida y de las ITS

Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH



Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Mundial de la Salud
Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la
vigilancia del VIH.
Washington, D.C.: OPS, © 2005.

ISBN 92 75 32597 9

- I. Título II. ONUSIDA
1. INFECCIONES POR HIV - prevención y control
2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
3. RECOLECCIÓN DE DATOS
4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN
5. PAUTAS

NLM WC 503

ISBN 92 75 32597 9

© Organización Mundial de la Salud 2004

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse solicitándolas a Marketing and Dissemination, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenida Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; dirección electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – sean con fines comerciales o no – también deben dirigirse a Publications (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permission@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras y límites.

Las líneas de puntos en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas sobre las que puede no haber aún un acuerdo completo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos que no se mencionan. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudiera producirse de su utilización.

Impreso en EUA

Contenido

Prefacio	4
Introducción	5
Garantía de calidad de los datos	7
Datos para programar	11
Datos para monitorear y evaluar los programas	23
Datos para abogacía	26
Uso eficaz de los datos: la presentación	39
Uso integral de los datos: reunión sobre el análisis de datos interactivo, planificación y abogacía	43
Publicación de un informe nacional sobre VIH y sida	49
¿Quién debe hacer qué?	54
El uso de los datos constituye una responsabilidad moral: planifíquelo	56
Anexo 1: Respuestas de los ejercicios	57
Anexo 2: Uso de mapas para transmitir gran cantidad de información	61
Anexo 3: Trabajo con los medios de comunicación masiva	67
Anexo 4: Comunicado de prensa	70
Anexo 5: Bases de datos internacionales de importancia	72

Prefacio

La vigilancia mundial de la infección por VIH, el sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS) es una actividad que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) llevan a cabo conjuntamente con otras organizaciones internacionales y colaboradores. Esta guía tiene por objeto tratar aspectos técnicos específicos relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y forma parte de una serie sobre recursos técnicos para de la vigilancia de segunda generación. La primera publicación de la serie fue la Guía para la vigilancia de segunda generación del VIH editada por ONUSIDA y OMS en 2000.

La OMS y ONUSIDA agradecen a todas las personas que hicieron sugerencias y aportes valiosos a esta publicación. Gran parte de los datos que aquí se presenta proviene de los sistemas de vigilancia de países en desarrollo, por lo cual se agradece a los profesionales de salud pública que con su ardua labor generaron esta información. Asimismo, muchos ejemplos sobre la utilización de los datos surgieron de la experiencia creciente de los profesionales que llevan a cabo la vigilancia y sus colaboradores. Si bien no podemos agradecer individualmente a cada país, sí podemos dar las gracias por las lecciones aprendidas y compartidas de todas partes del mundo.

Fueron muchos los que revisaron e hicieron comentarios al borrador de esta publicación, incluso varios miembros de los grupos de trabajo de vigilancia en OMS/ONUSIDA y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC), además de Sara Hersey, Chen Hong, Ye Htun, Penny Miller, Roeland Monasch, Jimmy Whitworth Andrew Wilson. Nuestro agradecimiento a Pandu Riono por ayudarnos a crear algunas técnicas interactivas de presentación de información incluidas aquí.

Un agradecimiento especial a Elizabeth Pisani por haber conceptualizado y escrito esta guía.

La publicación de la guía fue posible gracias al aporte del proyecto "Vigilancia del VIH/Sida" financiado por la Comisión Europea y ONUSIDA. La versión en español ha sido preparada por la Unidad de VIH/sida/ITS de la Organización Panamericana de la Salud.

Introducción

En muchos países del mundo se han hecho inversiones significativas para obtener información acerca del VIH y los comportamientos que ayudan a propagarlo. La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA) y organizaciones asociadas han contribuido a esta inversión y desarrollado guías en las que se detallan los principios de lo que se conoce actualmente como vigilancia del VIH de segunda generación. La vigilancia de segunda generación incluye tanto la vigilancia biológica de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como la vigilancia sistemática del comportamiento que contribuye a su propagación. El objeto es usar todos estos datos conjuntamente para construir un panorama completo de la epidemia del VIH y sida.

Al rastrear el transcurso de la epidemia del VIH/sida en el pasado, advertir sobre su potencial de propagación en el futuro y medir los cambios de la infección y del comportamiento a lo largo del tiempo, la vigilancia de segunda generación puede producir información útil para planificar y evaluar las actividades de prevención y atención del VIH/sida.

En muchos países se ha logrado cumplir este objetivo, y actualmente se dispone de información útil y de buena calidad. No obstante, sigue existiendo una diferencia entre la obtención de información útil y el uso real que se hace de ella para reducir la exposición de la gente a la infección por VIH y mejorar la vida de las personas infectadas. Se ha hecho más hincapié en mejorar la calidad de los datos recolectados que en darles un uso apropiado. La obtención de información de buena calidad es un prerrequisito del uso apropiado; sin embargo, ¿qué impide que los datos disponibles se usen mejor? Una razón es que a menudo los sistemas de vigilancia sufren de fragmentación, es decir, son muchos los departamentos o grupos que tienen la responsabilidad de diversos aspectos de la información. Cada uno de ellos da por terminado su trabajo una vez finalizado su propio “taller de disseminación [de información]”. No hay una entidad única que tenga la responsabilidad de juntar todos los datos, analizarlos y presentarlos de manera integral. Es más, muy pocos países cuentan con un presupuesto adecuado, en términos financieros y de recursos humanos, para analizar, presentar y utilizar la información. Cuando se hace la distribución

presupuestal, a menudo se subestiman el conocimiento y tiempo que requiere el buen uso de la información. Muchos profesionales de vigilancia que respondieron una encuesta informal de la OMS/ONUSIDA dieron una última razón: no saben cómo utilizar bien los datos. Esto no es una sorpresa. Muchas personas que tienen la responsabilidad de los sistemas de vigilancia son médicos y expertos en salud pública que cuentan con la capacidad de interpretar las tendencias de las enfermedades, pero poca capacitación en cuanto a las diversas formas en que los datos de la vigilancia del VIH pueden usarse para mejorar la programación, medir el éxito de las acciones de prevención, promover cambios de política y comprometer a las comunidades afectadas con la respuesta a la infección.

Esta publicación tiene por objeto asesorar en estos temas. Trata los tres aspectos más importantes de la utilización de datos: planificación programática, monitoreo y evaluación de los programas y abogacía. Aquí se incluyen ejemplos del uso eficaz de los datos en esos tres temas. El documento se concentra en la mecánica de utilizar los datos, no solo qué se puede hacer con ellos, sino cómo hacerlo. ¿Cómo se presenta la información a distintas audiencias? ¿Qué constituye un buen comunicado de prensa? ¿Cuáles son las etapas que conlleva la preparación de un informe nacional? También se incluyen recomendaciones para elaborar presentaciones interesantes y convincentes y para presentar información de manera eficaz, y para acercar las funciones de planificación programática y abogacía.

En distintos países se presentan epidemias diferentes, con sistemas de vigilancia diversos y distintas necesidades de uso de información. No obstante, es posible que para todos los países haya principios generales que sugerir para mejorar el desempeño en relación con el uso de los datos en su propia realidad.

Recursos técnicos para la vigilancia del VIH y temas afines

Los lectores primarios de esta publicación son los gerentes de programas y profesionales a cargo de la vigilancia tanto en el ámbito nacio-

nal como regional. Sin embargo, se espera que otros socios involucrados en la prevención y atención del VIH/sida hallen que parte de este documento es útil para preparar presentaciones e informes, usar la prensa de forma eficaz y comprometer a las comunidades a reducir la exposición al VIH y las repercusiones de la infección.

El uso de los datos no constituye una actividad aislada; de hecho es la última etapa de una serie de actividades que comienza con la planificación de sistemas de información de salud y continúa con la recolección, manejo y análisis de datos. Deben juntarse varios elementos distintos: la vigilancia de segunda generación, que incluye la vigilancia biológica del VIH y las ITS (que puede incluir la notificación de casos además de la vigilancia centinela) y la vigilancia del comportamiento. Esta última se refiere a medir repetidamente los comportamientos de riesgo a lo largo del tiempo por medio de encuestas transversales con muestras sistemáticas. Estas encuestas son parte de un sistema más amplio de información que puede incluir investigación etnográfica y cualitativa, sistemas de información geográfica y otros métodos. Han crecido la capacidad de hacer estimaciones formales del tamaño de los diversos grupos de población con riesgo de contraer la infección por VIH. Toda esta información debe presentarse junta, de manera coherente para hacer el mejor uso posible de los datos.

Este documento es un módulo de los recursos

técnicos de la vigilancia del VIH y temas afines enumerados en la tabla 1, junto con las direcciones electrónicas, cuyo objeto es guiar las actividades de vigilancia. Asimismo, mundialmente los países han recopilado información esencial por medio de las epinotas sobre el VIH, el comportamiento y las ITS.

En este documento, las expresiones vigilancia, vigilancia del VIH o sistemas de vigilancia del VIH se refieren a toda la actividad de recolección de información en su conjunto. Los distintos aspectos del sistema de vigilancia pueden tratarse separadamente en relación con su financiamiento e implementación (y en mucho menos alcance en relación con la planificación), pero no pueden separarse del tema del uso de los datos. Uno de los principios centrales de la vigilancia de segunda generación es que la información sobre el comportamiento y la biológica se interpretan conjuntamente para obtener un panorama global de la epidemia. Por lo tanto, los datos deben usarse también juntos si ha de mejorar la planificación y programación y promoverse mejores políticas.

La mayoría de los datos incluidos en este informe son reales y fueron generados por sistemas actuales de vigilancia de cuatro continentes. En vista de que este documento tiene por objeto usar datos ilustrativos y no comparar sistemas de vigilancia nacionales ni epidemias, se cambiaron los nombres de los países y ciudades donde se generó la información.

Tabla 1. Recursos técnicos sobre vigilancia del VIH y temas afines

Título	Año de publicación	Sitio electrónico
Vigilancia del VIH de segunda generación	2000	http://www.who.int http://www.unaids.org
Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual	1999	http://www.who.int http://www.unaids.org
Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección, selección, evaluación y uso	2001	http://www.who.int http://www.unaids.org
Guías prácticas para poner en marcha la vigilancia del VIH de segunda generación	2002	http://www.who.int http://www.unaids.org
Programas nacionales de sida: guía para el monitoreo y evaluación	2000	http://www.who.int http://www.unaids.org
Encuestas de vigilancia del comportamiento: Directrices para encuestas del comportamiento en poblaciones en riesgo al VIH	2000	http://www.fhi.org
Estimación del tamaño de las poblaciones en riesgo de contraer el VIH: temas y métodos	2003	http://www.fhi.org http://www.who.int http://www.unaids.org

Garantía de calidad de los datos

No es posible usar bien los datos si no son de buena calidad. Los profesionales de salud pública usan el producto de los sistemas de vigilancia como materia prima para generar información. La calidad de los datos que presentan a quienes fijan políticas, al público y a la comunidad en riesgo depende de los sistemas de vigilancia que los generan. Si los sistemas de vigilancia producen datos de mala calidad, que llevan a políticas ilógicas o incluso incorrectas, cualquier esfuerzo para hacer retroceder la epidemia del VIH/sida se verá afectado. Los profesionales de salud pública, incluidos los que están a cargo de los sistemas de vigilancia, y el personal de los programas de VIH y sida, tienen interés en garantizar la calidad de los datos generados por los sistemas de vigilancia. También es fundamental integrar a los destinatarios de la información y tomadores de decisión en todas las etapas, pero principalmente al principio y al final del proceso.

A continuación se presenta una lista sencilla contra la cual cotejar las mayores deficiencias de los datos de la vigilancia.

- **¿La cobertura del sistema de vigilancia abarca los grupos correctos?**

La distribución y magnitud de la epidemia del VIH y sida solo puede determinarse si se busca donde corresponde. Por lo tanto, el sistema de vigilancia debe incluir los grupos de población que tienen comportamientos que conllevan alto riesgo de contraer o transmitir el VIH. Un sistema de vigilancia que se concentra exclusivamente en las embarazadas y realiza encuestas de comportamiento sexual en el hogar casi con toda seguridad no detectará un brote de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o usuarios de drogas inyectables. Es importante tomar en cuenta la investigación formativa en la planificación de los sistemas de vigilancia, de modo que todos los grupos clave estén cubiertos.

- **¿Están claramente definidas las muestras de población?**

Los datos de la vigilancia no pueden interpretarse correctamente a menos que la población

incluida en la muestra haya sido claramente definida. Esto es importante especialmente cuando se compara la infección y el comportamiento a lo largo del tiempo y según zonas geográficas, lo cual es una función central de la vigilancia. Mientras más precisa la definición, mejor. Por ejemplo, la comparación de los datos de “trabajadoras sexuales” de dos ciudades con el fin de analizar la forma de propagación de la epidemia puede generar conclusiones erradas si la muestra de una ciudad se obtiene de trabajadoras sexuales que operan en discotecas de hoteles, y las de la otra, de las que trabajan en paradas de camiones a la orilla de la carretera. Los informes y presentaciones deben señalar claramente cuál es la población representada por la muestra.

- **¿Tiene la muestra el tamaño adecuado?**

Si bien se recomienda cierta flexibilidad para determinar el tamaño de la muestra según las condiciones locales, es necesario siempre tener en cuenta este elemento antes de sacar conclusiones de los datos. Por ejemplo, una prevalencia de infección por VIH de 67% entre transexuales sería titular de noticia; pero, si la muestra era de nueve personas, difícilmente sea representativa de la realidad. Siempre hay que mirar los intervalos de confianza de las estimaciones de prevalencia para hacerse una idea rápida de la fiabilidad de la estimación teniendo en cuenta el tamaño de la muestra disponible.

- **¿Se hizo la vigilancia en un mismo lugar a lo largo del tiempo?**

El propósito principal de la vigilancia es observar las tendencias a lo largo del tiempo, lo cual solo se puede lograr cuando la vigilancia es comparable entre una medición y la siguiente. Por lo tanto, los sitios deben mantenerse en el tiempo. Las tendencias solo deben mostrar datos de sitios que se han usado repetidamente durante el período en cuestión.

- **¿Qué se sabe de las pruebas de detección?**

En los grupos de población cuya prevalencia de infección por VIH es de 10% o más, se considera que una única prueba de detección del VIH

es normalmente suficiente para efectos de la vigilancia. En casos de epidemias de baja prevalencia, el tomar una sola prueba puede dar una proporción demasiado alta de resultados falsos positivos, aún cuando las pruebas tengan especificidad alta.

- **¿Qué es lo que se está midiendo?**

Para usar los datos de la vigilancia de manera eficaz, es fundamental contar con definiciones claras. Si se quisiera prever cuál sería el curso potencial de la propagación del VIH entre la juventud, podría utilizarse como indicador principal la proporción de personas sexualmente activas y la proporción con parejas múltiples. Pero, ¿qué significa “sexualmente activo”? ¿Es lo mismo que “alguna vez sexualmente activo” o “sexualmente activo en la actualidad”? ¿Cómo se define “actualmente”? ¿Qué se cuenta como relación sexual? ¿Quedaban claras estas diferencias a las personas que respondieron la encuesta?

- **¿Se están sacando más conclusiones de las que los datos permiten?**

Han mejorado mucho los métodos de rastrear la infección por VIH y los comportamientos de riesgo, incluso entre grupos de población muy difíciles de alcanzar. Los datos de la vigilancia a veces se presentan con dos puntos decimales, y los intervalos de confianza de 95% dan un aire de solidez estadística. Si además se agrega ponderación y análisis multifactorial, los datos se cubren con un barniz altamente científico. No obstante, aún pueden generarse errores significativos en casi todos los aspectos de la vigilancia del VIH, las ITS y el comportamiento. Es casi imposible obtener muestras aleatorias de muchas poblaciones en alto riesgo, lo cual hace difícil las comparaciones temporales. Aun cuando los datos sean internamente coherentes, la validez de la información aportada por los propios encuestados sobre comportamiento sexual

o uso de drogas es a menudo cuestionable. Las deficiencias en el manejo de las muestras y los errores de laboratorio indican, a su vez, que la información biológica también debe analizarse con cautela.

Lo anterior no significa que los datos de la vigilancia no sirven, pero es necesario ser cuidadoso al sacar conclusiones de cambios menores (aumento o disminución) de las tasas de infección. Asimismo, si parece haber cambios sorprendentes como resultado de la vigilancia del comportamiento, será necesario estudiarlos en más detalle. Debe evitarse dar a la información un cariz más “científico” del que tiene, para lo cual los números deben presentarse sin decimales; hay que usar cautela al incluir intervalos de confianza y pruebas para las tendencias, y ser lo más franco posible acerca de las limitaciones de los datos. Los datos de vigilancia de la salud pública no tienen que ser perfectos, solo tienen que poder dar una idea fiable de las tendencias más importantes de la infección por VIH y los comportamientos de riesgo relacionados con su transmisión.

- **¿Se puede influenciar la interpretación de los datos presentándolos selectivamente?**

Los datos de la vigilancia, como cualesquiera otros, a menudo tienen más de una interpretación (Recuadro 1). La selección de denominadores y la presentación selectiva de indicadores pueden afectar significativamente su interpretación. Los propios sesgos individuales pueden darle más peso a una interpretación que a otra. Además, es posible que se pierda lo fundamental de la información por concentrarse demasiado en los detalles al mirar los datos parcialmente, como entidades independientes y no como distintos aspectos de un todo. No es posible destacar en toda su cuantía la necesidad de analizar la información sobre tamaño de la población, prevalencia del VIH, prevalencia de las ITS y comportamientos de riesgo.

**Recuadro 1. Al fin y al cabo, ¿a quién se refiere esta información?
Un ejercicio sobre interpretación creativa de los datos**

Al usar datos provenientes de fuentes múltiples, siempre es necesario tener esas fuentes en mente. Hay que pensar si la institución que obtuvo, analizó o está presentando los datos tiene intereses creados en la interpretación de los resultados, ya que esa es frecuentemente la situación. Aún las organizaciones internacionales, que a menudo se perciben como recursos técnicos "neutros", a veces quieren presentar los datos de una cierta manera. Es posible que destaquen lo más grave del problema para generar atención mundial y aumentar el financiamiento que tanto se necesita para dar cooperación técnica. Por el contrario, podrían abalanzarse a interpretar un leve descenso como éxito, por la necesidad de demostrar que el financiamiento anterior ha dado buenos resultados. Subyacente a las interpretaciones puede haber intereses de carácter político, religioso o financiero o simplemente la convicción de que es necesario mantener los aspectos más importantes en la cartelera.

La tabla 2 muestra información de vigilancia del comportamiento obtenida de estudiantes de los dos últimos años de secundaria entre los cuales, a partir de fines de 1998, se utilizó un currículo de educación sexual que promovía exclusivamente la abstinencia sexual. El nuevo currículo se puso en práctica tres meses después de la primera ronda de la vigilancia.

Estudie la información de la tabla. Piense qué significan los datos. Al terminar, siga leyendo el ejemplo sobre las diversas interpretaciones de estos datos según el propósito que se persiga.

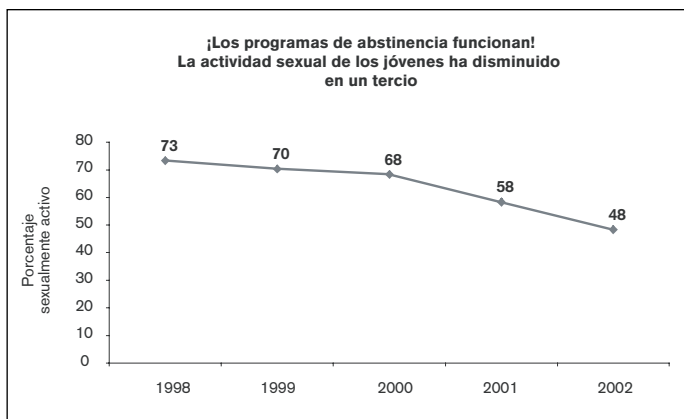
Tabla 2. Resultados de encuestas sobre comportamiento sexual entre estudiantes de secundaria, 1998-2002

Año	Tuvo relaciones sexuales el año pasado (% del total)	Tuvo parejas sexuales múltiples el año pasado (% del total)	Siempre usó condones (% del total con parejas múltiples)
1998	73	9	50
1999	70	11	48
2000	68	15	41
2001	58	20	38
2002	48	24	35

Estos datos pueden interpretarse de varias maneras, según cómo se seleccionen, manipulen y presenten.

Alguien que hace cabildeo por una educación sexual con base en la abstinencia, podría decir lo siguiente.

Figura 1. Porcentaje de estudiantes de secundaria que informa haber tenido actividad sexual luego de haber introducido en 1998 un currículo de educación sexual basado exclusivamente en la abstinencia, 1998-2002

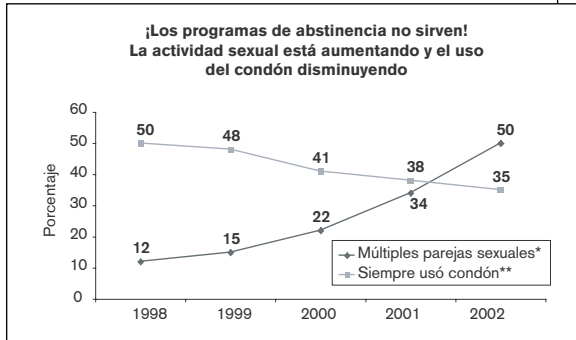


La Figura 1 muestra solamente la primera columna de los datos de la tabla, con el fin de destacar la disminución la actividad sexual entre 1998 y 2002.

Una ONG que está en busca de financiamiento para un programa de promoción del uso del condón en instituciones de educación secundaria podría decir lo siguiente.

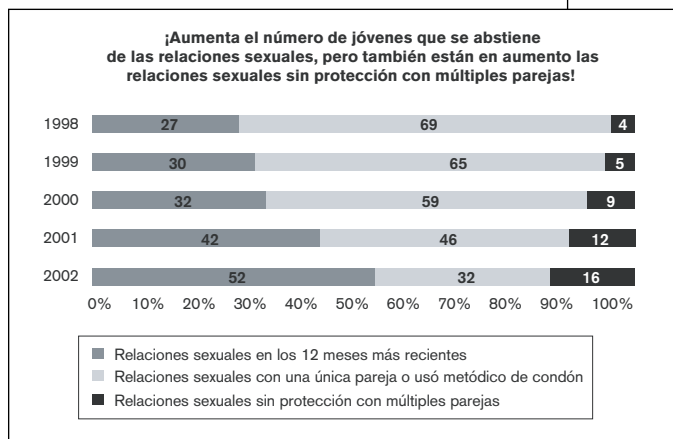


Figura 2. Porcentaje de estudiantes de secundaria que informa haber tenido actividad sexual con múltiples parejas sexuales el año pasado, y porcentaje que siempre usó condón



La Figura 2 dio más trabajo, porque la persona que la preparó quería mostrar un aumento agudo de la actividad sexual, de hecho, lo más agudo posible. Por lo tanto, en vez de mostrar la proporción de estudiantes con parejas múltiples que señalaba la tabla, aplicó esa proporción a los estudiantes sexualmente activos. Dado que esa no era la población total, y porque está disminuyendo a lo largo del tiempo, hizo parecer que el aumento en las relaciones con parejas múltiples era más agudo. El autor indica cuál es el denominador en una nota minúscula al pie de la gráfica, información que siempre se pierde cuando se publican los datos en los periódicos.

Figura 3. Porcentaje de estudiantes de secundaria que informan que en los 12 meses anteriores no tuvieron relaciones sexuales, tuvieron relaciones sexuales con una única pareja o usaron metódicamente condón y tuvieron relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas, 1998-2002



Un gerente de programa de VIH/sida que quiere dar un panorama completo del riesgo de transmisión

sexual en esta población podría usar los datos de la siguiente manera.

La Figura 3 dio aún más trabajo, porque su autor trató de mostrar los cambios del riesgo de exposición a la infección por VIH. Las relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples son las de mayor riesgo de exposición. Este se calculó multiplicando la proporción del total de la población con parejas múltiples por la proporción que no usó siempre condones con parejas múltiples ((columna 2 x (100 - columna 3))/100, el resultado que se muestra en negro en el extremo derecho de las barras. Los que se abstienen actualmente no tienen ningún riesgo, es decir (100 - columna 1), que se muestra en gris en el extremo izquierdo de las barras. La sección del medio, de menor riesgo, incluye a los que han tenido relaciones sexuales pero no parejas múltiples (columna 1 - columna 2) o los que han tenido múltiples parejas pero siempre usan condón ((columna 2 x columna 3)/100).

Este análisis más completo de los datos muestra que el porcentaje de jóvenes que informa no haber tenido relaciones sexuales en absoluto, es decir, el comportamiento sexual más seguro en relación con la transmisión del VIH, aumentó a casi el doble en 2002, por lo tanto, puede considerarse un éxito del programa. Por otra parte, las relaciones sexuales con múltiples parejas y sin protección, es decir, uno de los comportamientos de más riesgo en relación con la transmisión del VIH, aumentaron aún más, habiéndose cuadruplicado en el mismo período. Esto se debe a que un número mayor de los que no se abstienen tiene relaciones sexuales con múltiples parejas y un número menor usa condones siempre que tiene relaciones sexuales. La conclusión de esta información puede ser que los programas con base en la abstinencia podrían ampliarse mientras simultáneamente se aumentan los servicios que promueven las relaciones sexuales seguras entre los jóvenes que eligen tenerlas. Estos ejemplos son solo una muestra. Los datos podrían

presentarse en otras combinaciones, por ejemplo, para mostrar simplemente la proporción de jóvenes con parejas múltiples y la proporción que no usa condones.

Datos para programar

De los tres usos principales de los datos de la vigilancia, el primero corresponde a la planificación de programas, la cual puede darse a diversos niveles. En el ámbito nacional, los datos de vigilancia deberían usarse para determinar la magnitud de la epidemia y su distribución según zonas geográficas y grupos de población. Es importante hacer una estimación del número y distribución de las personas ya infectadas con el fin de decidir cómo se distribuirán los recursos, y planificar para satisfacer las necesidades de atención y apoyo en escala nacional. No obstante, en el ámbito local y como parte de los programas de prevención propiamente tales, los datos de la vigilancia pueden servir para identificar problemas, buscar soluciones y crear estrategias apropiadas para esta cambiante epidemia.

En esta sección se detallan algunas de las aplicaciones de los datos de vigilancia a la planificación de programas.

Planificación de programas en el ámbito de las políticas: ¿quiénes son los afectados, cuál es la magnitud del problema y cuáles son los próximos pasos?

El uso principal, y más obvio, de los datos de la vigilancia del VIH es determinar la distribución de la epidemia de VIH/sida y comprender qué tipo de comportamiento es el que logra propagar la infección entre los diversos grupos de población.

En la mayoría de los países ya se ha hecho uso de los datos con ese fin, aunque tal ejercicio por ningún motivo puede hacerse solo una vez. La epidemia del VIH/sida es sumamente dinámica; evoluciona a lo largo del tiempo de distintas maneras en diferentes países, según los patrones de comportamiento, el éxito de los programas de prevención y una serie de otros factores geográficos, biológicos y sociales. Los programas de prevención exitosos pueden haber logrado reducir drásticamente el comportamiento de

riesgo en una población que tenía alta prevalencia de la infección por VIH en una etapa temprana de la epidemia, pero el riesgo y la proporción de la población infectada pueden haber subido en otros grupos de población. La tarea básica de rastrear la infección por VIH y los comportamientos de riesgo para determinar cuáles son los grupos afectados o amenazados por el VIH debe repetirse periódicamente.

Una desventaja de la vigilancia centinela del VIH es que solo puede registrar a las personas que ya se han infectado con el virus, por lo tanto, muestra el riesgo de infectarse cuando ya es muy tarde para prevenir infecciones en al menos una parte de la población. Lo ideal es que la vigilancia detecte el riesgo de una comunidad antes de que la infección por VIH se haya establecido en ese grupo en particular, es decir, antes de que el sistema de vigilancia biológica registre grados significativos de infección por el virus. Esta es la función de los datos de la vigilancia del comportamiento y de las ITS. La gran mayoría de las personas contrae la infección por VIH como consecuencia de las relaciones sexuales o por compartir jeringas con algún infectado. Si ya se sabe que la prevalencia de la infección por VIH es alta en un grupo que ya es parte de la vigilancia, puede analizarse la relación entre el comportamiento de ese grupo y otros, con el fin de determinar quiénes estarán expuestos al virus en el futuro. La vigilancia de las infecciones de transmisión sexual también puede hacer aportes valiosos en este sentido, dado que ellas se transmiten de la misma forma que el VIH. Asimismo, el VIH se contagia con mayor rapidez en presencia de las ITS; por lo tanto, una prevalencia alta de gonorrea y sífilis puede indicar que existe el potencial de propagación del VIH, aun en países donde la prevalencia del virus es baja. Los sistemas de vigilancia de las ITS pueden ser un mecanismo eficiente de alerta temprana en relación con el VIH.

Uso de los datos de vigilancia para determinar quiénes son los afectados

A continuación se señalan algunas formas de analizar los datos para determinar la distribución

de la infección.

- **Análisis por puesto**

Si bien es posible que sea necesario consolidar la información en otras etapas del proceso, el primer análisis debe siempre hacerse sobre la unidad de análisis más chica, que es la que refleja los cambios temporales con mayor exactitud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que las muestras pequeñas de puestos individuales pueden distorsionar las conclusiones.

- **Análisis por grupo de población**

En los países cuyos sistemas de vigilancia incluyen muchos grupos distintos de población en riesgo de contraer el VIH (por ejemplo, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales y sus clientes), es evidente la necesidad de analizar los datos según grupo específico de población. Sin embargo, esta situación no es tan obvia en países con epidemias generalizadas en los que la vigilancia se concentra en su mayoría en embarazadas u otros grupos clínicos. Dado que por medio de la vigilancia anónima no ligada solo puede obtenerse información sobre unas pocas variables, los subgrupos de población en estos casos solo pueden analizarse en torno a edad y sexo. Las diferencias de edad de las personas infectadas por el VIH entre distintos grupos de población y especialmente a lo largo del tiempo pueden afectar de manera importante la programación, planificación y evaluación.

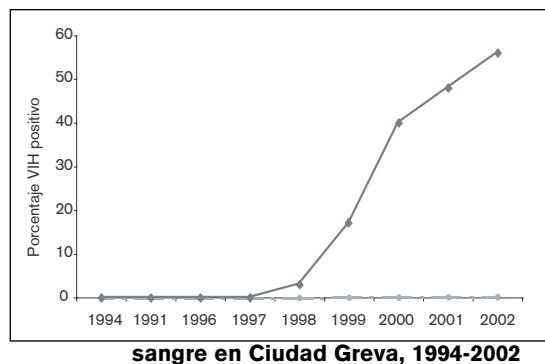
- **Elaboración de gráficas**

La presentación en gráficas sencillas puede ser muy útil para mostrar aspectos importantes de la epidemia. Para comparar tendencias temporales de los datos de distintos puestos se puede usar una gráfica de líneas; para mostrar la prevalencia actual del VIH en diferentes grupos de población, se usará una gráfica de barras, ya que las grandes diferencias se ven claramente, aún en medio de una audiencia que no tiene por costumbre hacer análisis numéricos.

Acá cabe hacer una observación de cautela.

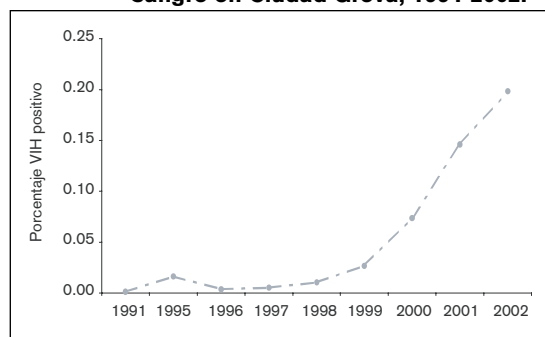
Como muestra la Figura 4, la magnitud de la epidemia es muy diferente en distintos grupos de población; esta presentación a veces puede ocultar o exagerar los cambios cuando se presentan en forma de gráfica.

Figura 4. Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables y donantes de



La Figura 4 muestra claramente que la prevalencia entre usuarios de drogas inyectables ha aumentado enormemente, aunque no parece haber habido cambio en la tasa de los donantes de sangre. Sin embargo, si se cambia la escala de la gráfica de los donantes de sangre, como se hace en la Figura 5, el panorama cambia significativamente.

Figura 5. Prevalencia del VIH entre donantes de sangre en Ciudad Grevia, 1994-2002.



- **Elaboración de mapas**

Los mapas son fundamentales. Constituyen la mejor manera de analizar rápidamente las variaciones regionales de la prevalencia del VIH; asimismo, cada vez tienen más importancia en esta

2 La mayoría de los sistemas de vigilancia centinela de la infección por VIH recogen datos repetidamente a lo largo del tiempo de servicios de salud, como son las clínicas de atención prenatal, las de pacientes con infecciones de transmisión sexual o de tratamiento de drogadicción. Algunos países han creado sistemas más completos en los cuales se obtienen muestras de ciertos grupos de población. Por lo general, estos sistemas seleccionan un grupo de población de una zona específica como población centinela (por ejemplo, trabajadoras sexuales de la zona roja de Bado Tuna). En esta publicación, la expresión sitios centinela se usa indistintamente de población centinela seleccionada.

era de creciente descentralización. Hay programas de computación fáciles de usar, como HealthMapper, EpiMap y ChildInfo, que pueden obtenerse gratuitamente de la OMS, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos o de UNICEF; también pueden obtenerse por internet³. El ejemplo del Anexo 2 muestra la forma de transmitir una gran cantidad de información por medio de mapas para que se pueda entender fácilmente.

- **Verificación de la calidad y validez de los datos**

Por obvio que parezca, hay personas que se olvidan de verificar la calidad y validez de los datos. Una vez se obtienen los números de la base de datos u hoja de cálculo y se presentan como “hechos”, se pierde gran parte de la información que podría ayudar a la gente a determinar la calidad de la misma. Igualmente, una vez que se han usado los datos para elaborar gráficas y mapas, si algo sobresale de lo esperado o habitual, es necesario volver a la base de datos a verificar el porqué. A lo mejor el tamaño de la muestra era muy pequeño, hubo un error de codificación, o solo se realizó una prueba en circunstancias en que las normas nacionales exigen tres.

Uso de los datos de la vigilancia para hacer estimaciones del tamaño de la epidemia

Uno de los usos más frecuentes de los datos de la vigilancia en el ámbito nacional es para estimar el número de personas infectadas con el VIH, lo cual es importante para planificar y asignar recursos, para cabildeo y, a menudo, también para cumplir con compromisos nacionales e internacionales.

El análisis de los datos de la vigilancia centinela debe dar una idea de la distribución del VIH y la magnitud relativa del problema en distintos gru-

pos de población, pero no sirve para llegar automáticamente a una estimación del número absoluto de personas infectadas. Para este último fin, los datos de la vigilancia deberán analizarse más profundamente y en conjunto con información acerca del tamaño de la población y otras, como la de la vigilancia del comportamiento.

Los métodos de hacer estimaciones difieren según el tipo de epidemia de VIH y sida que haya en el país. Los métodos, instrumentos y documentación de apoyo, incluso manuales, están disponibles en las páginas web de varias instituciones, como ONUSIDA (<http://www.unaids.org>), OMS (<http://www.who.int>) y Futures Group International (<http://www.futuresgroup.com>).⁴

En general, hay dos formas de hacer estimaciones, según el tipo de epidemia que afecte al país. La primera forma de estimar la prevalencia de la infección por VIH en una población se presta más en situaciones de epidemias generalizadas, como es el caso del África al sur del Sahara, donde el VIH se transmite principalmente por las relaciones sexuales entre hombres y mujeres en la población en general. Estas son personas que no están necesariamente expuestas a comportamientos de alto riesgo, como la inyección de drogas, las relaciones sexuales comerciales o las de hombres con hombres (Recuadro 2). En este tipo de epidemia, una proporción alta de la población heterosexualmente activa tiene el potencial de exponerse al VIH y la vigilancia del VIH se concentra, por lo general, en las embarazadas que se atienden en clínicas de control prenatal. Dado que se considera que las embarazadas tienen tasas de infección similares a las de la población general sexualmente activa, tales tasas se pueden aplicar al total de la población adulta. Este ejercicio puede convertirse en algo mucho más elaborado cuando se dispone de datos para hacer estimaciones provinciales e incluso locales. También es posible derivar estimaciones específicas por edad.

3 Véase <http://www.who.int/csr/mapping/tools/healthmapper/healthmapper/en> (actualizado el 10 de noviembre de 2003) para obtener detalles de cómo conseguir HealthMapper de la OMS. Es posible bajar EpiMap de la siguiente dirección: <http://www.cdc.gov/epiinfo> (actualizado el 10 de noviembre de 2003).

4 ONUSIDA, Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelación y Proyecciones. Improved methods and assumptions for estimating of the HIV/AIDS epidemic and its impact: recommendations of the ONUSIDA Reference Group on Estimates, Modeling and Projections. AIDS, 2002, 16>w1-W14.

Recuadro 2. Pasos generales para estimar la prevalencia del VIH en epidemias generalizadas

1. Recopilar datos de vigilancia centinela del VIH de las clínicas de atención prenatal
2. Usar el paquete para hacer estimaciones y proyecciones (PEP o EPP en inglés):
 - Para darle una estructura geográfica a la epidemia (por lo menos se recomienda distinguir rural de urbano)
 - Para ponderar los datos de la vigilancia, según corresponda
 - Para estimar una prevalencia nacional de infección por VIH

El segundo método sirve para las epidemias en las que la mayor parte de las infecciones se concentra entre grupos de personas expuestas al VIH por su propio consumo de drogas o el de su pareja, por medio de las relaciones sexuales de riesgo entre hombres o las comerciales (pasadas o actuales). En estos casos, las embarazadas de la población en general no representan a los que tienen potencial de estar expuestos a la infección. Por ello, los sistemas de vigilancia en estas situaciones deberían concentrarse en medir el VIH y los comportamientos de riesgo directamente en la población con mayor riesgo de exposición, ya sea usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales de todo tipo y los clientes de los últimos.

Aun cuando se dispone de datos de puestos centinela sobre estas poblaciones, no es fácil pasar de ahí a estimaciones nacionales. Por ejemplo, es posible saber que la prevalencia de la infección por VIH entre trabajadoras sexuales es de 32%, pero para estimar el número absoluto de personas infectadas se necesita saber cuántos trabajadores sexuales hay. Estimar el tamaño de las poblaciones en riesgo de infección por VIH ha sido un tema postergado de la vigilancia, aunque más recientemente se le ha puesto más atención a medida que ha crecido la importancia de la cobertura de las intervenciones.⁵

En los sitios web <http://www.unaids.org> y <http://www.who.int> puede encontrarse información sobre programas computarizados y guías para hacer estimaciones y proyecciones en epi-

Recuadro 3. Pasos generales para estimar la prevalencia del VIH en epidemias concentradas y de bajo nivel

- Determinar cuáles son los grupos de población con potencial de exponerse al VIH
- Estimar el tamaño de cada grupo de población
- Analizar los datos de la vigilancia para los grupos de población índice
- Estimar la prevalencia del VIH de las poblaciones expuestas que no son parte de la vigilancia
- Aplicar las estimaciones de la prevalencia del VIH a las estimaciones del tamaño de la población
- Sumar todas las estimaciones para obtener la prevalencia nacional del VIH

demias de bajo nivel y concentradas (método de hoja de cálculo).

Dado que la exposición potencial al VIH es mucho más variada en las epidemias “concentradas” que en las generalizadas, los métodos para estimar la prevalencia de la infección varían más en las primeras (Recuadro 3). Sin embargo, esencialmente, todos los métodos dependen de que se definan las poblaciones expuestas al VIH y se estime el tamaño de cada una.

Los sistemas de vigilancia miden directamente la prevalencia del VIH para algunos de los grupos expuestos, pero no para todos. Por ejemplo, las parejas habituales de clientes masculinos de trabajadoras sexuales podrían ser parte de un grupo que no está incluido en la vigilancia. Además, las estimaciones de prevalencia entre esos grupos normalmente tienen que deducirse de una combinación de datos sobre el VIH de grupos índice y datos del comportamiento que miden el grado de exposición del grupo índice. Para reiterar, estos datos se pueden estimar tanto para el ámbito local como para el nacional.

Si bien esto parece complejo, puede hacerse utilizando hojas de cálculo relativamente sencillas que dan las estimaciones para una provincia en una epidemia concentrada. La estimación nacional es la suma de las estimaciones de cada población expuesta de todas las provincias.

En el caso de los grupos para los cuales no se dispone de datos, es necesario establecer supuestos con base en los datos que haya. Por

⁵ Estimación del tamaño de las poblaciones en riesgo de contraer el VIH: temas y métodos. Arlington, VA, Family Health International, ONU-SIDA, OMS, 2002 (<http://www.fhi.org>, <http://www.who.int/hiv/en>, <http://www.onusida.org>).

ejemplo, es posible que no haya registros ni estimaciones del número de parejas sexuales de usuarios de drogas inyectables, pero la vigilancia del comportamiento de los últimos muestra que 80% de ellos era sexualmente activo y que solo una fracción de ellos tiene relaciones sexuales con otros usuarios de drogas inyectables. Esta información permite estimar el número de parejas sexuales de usuarios de drogas inyectables, cuando las primeras no usan drogas. Asimismo, el sistema de vigilancia no obtiene información sobre la prevalencia del VIH entre las esposas de los clientes de trabajadoras sexuales. Si la vigilancia del VIH, las ITS y el comportamiento se realiza entre grupos de clientes hombres, es posible saber la proporción de casados, la frecuencia de sus relaciones sexuales conyugales y la frecuencia con que usan condón. La proporción de infectados con el VIH y con ITS también se conoce. Esta, en combinación con la información biológica sobre la posibilidad de transmisión del VIH en un acto sexual, puede generar una buena estimación de la prevalencia del VIH entre las esposas de los clientes de trabajadoras sexuales.

Recuadro 4. Programas de computación utilizados para hacer estimaciones relacionadas con el VIH y el sida y para explorar opciones de política

Programa SPECTRUM

Este es un programa modular que se usa para analizar las consecuencias de las tendencias actuales e intervenciones programáticas futuras sobre salud reproductiva. Spectrum es fundamentalmente un modelo para hacer proyecciones demográficas, llamado DemProj, de la población por edad y sexo. Otros módulos interactúan con la proyección demográfica, incluso los módulos de impacto del sida. El producto del EPP (en inglés) o el método de cuaderno se transfiere a Spectrum y sus proyecciones de población. Este programa proyectará las consecuencias de la epidemia del VIH/sida, incluidas estimaciones sobre el número de personas que viven con la infección y la enfermedad, el número de nuevas infecciones, el número de personas que han muerto por sida y el de huérfanos.

Programa de modelación para la epidemia (AEM)

El Modelo de la Epidemia fue diseñado con el objeto de reflejar los principales grupos y modos de transmisión que están impulsando la epidemia. El usuario ajusta los parámetros del modelo hasta que la prevalencia del VIH producida por el modelo concuerde con las tendencias epidemiológicas observadas.

En el Recuadro 4 se incluyen los programas de computación usados para derivar estimaciones de la infección por VIH y sida con base en la prevalencia del VIH a lo largo del tiempo, y para explorar opciones de políticas.

Uso de los datos de la vigilancia para distribuir los recursos

El proceso de hacer estimaciones por zonas geográficas, edad, sexo y grupo de riesgo es útil no solo para hacer estimaciones brutas del número total de personas que viven con el VIH/sida en el país, sino también como base para tomar decisiones acerca de la distribución de los recursos.

Tómese como ejemplo un país africano que tiene una epidemia generalizada de VIH/sida en el que se quieren planificar servicios de atención de VIH/sida. A primera vista las tasas de prevalencia de la Tabla 3 podrían llevar a la conclusión de que se necesitan más servicios en las zonas urbanas del norte del país, donde las tasas son las más altas.

Tabla 3. Prevalencia del VIH en clínicas de atención prenatal en la República de Kwandu, 2003

Provincia	Prevalencia promedio del VIH medida por la vigilancia		
	Urbana	Periurbana	Rural
Norte	36,2	12,4	Sin información
Nordeste	24,5	15,3	Sin información
Planicie central	12,2	Sin información	4,4
Sudeste	6,2	5,8	2,4
Costa	7,3	5,9	Sin información

Tal conclusión amerita reevaluarse tomando en cuenta el tamaño de la población de cada zona geográfica (Tabla 4).

Tabla 4. Población por provincia, República de Kwandu, 2003

Provincia	Población	
	Urbana	Rural
Norte	48.000	124.000
Nordeste	23.000	430.000
Planicie central	330.000	1.200.000
Sudeste	3.400.000	2.400.000
Costa	1.9000.000	2.300.000

El conocimiento local sirve para llenar los datos que faltan. Los sitios centinela del norte y nordeste se ubican en pueblos que se encuentran a lo largo de la carretera Transafricana, pero la mayoría de la gente de la zona es nómada y rara vez se relaciona con los habitantes del pueblo. Por el contrario, en la planicie central, los funcionarios de salud pública creen que es muy poca la diferencia entre el estado de salud de los habitantes ciudadanos y el de los residentes de los pueblos, y entre ambos grupos hay interacción diaria. Las zonas del sudeste y la costa cuentan con buena infraestructura, con alto grado de movilidad e interconexiones.

Al agregar la información que faltaba y ajustar según la razón hombre:mujer, se obtuvo el número estimado de personas que viven con el VIH/sida en Kwandu que se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5. Número estimado de personas que viven con el VIH/sida, por provincia y lugar de residencia, República de Kwandu, 2003

Provincia	Residencia	
	Urbana	Rural
Norte	11.664	1.860
Nordeste	4.589	8.600
Planicie central	40.260	152.800
Sudeste	204.000	57.600
Costa	125.400	92.000

En este análisis, el número la prevalencia en el norte del país, que se ve tan alta en las zonas urbanas donde se recoge información, se vuelve insignificante cuando se compara con los números de la zona central, costera y sur, donde el número de habitantes es mucho mayor. Al planificar los servicios de atención y apoyo, debe prestarse atención a la provisión de servicios en las zonas central, costera y sur, donde vive 95% de las personas con VIH/sida.

En las epidemias concentradas, es aún más importante tomar en cuenta el tamaño de la población para determinar la asignación de recursos. A veces, puede presentarse una prevalencia muy alta en un grupo de población muy pequeño. La cifras altas de prevalencia pueden ser muy impresionantes y distraer la atención de otros grupos con tasas de prevalencia bajas pero poblaciones mucho más grandes y, por lo tanto, con muchos más individuos infectados.

La tabla 6 presenta estimaciones de prevalencia y tamaño de población de una gran zona urbana de un país con una epidemia concentrada de VIH/sida.

Tabla 6. Prevalencia del VIH y estimaciones del tamaño de la población de varios grupos con riesgo de infección por VIH en la zona metropolitana de Hok An, 2003

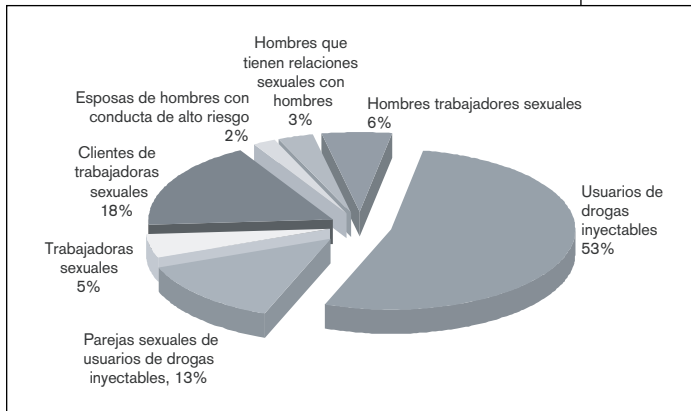
Grupo de población	Prevalencia del VIH	Tamaño de población estimado
Usuarios de drogas inyectables	37,5	27.500
Parejas sexuales de usuarios de drogas inyectables	12,5	20.900
Trabajadoras sexuales	2,8	32.400
Clientes de trabajadoras sexuales	0,28	1.257.0002
Esposas y novias de clientes de trabajadoras sexuales	0,03	808.700
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1,3	47.800
Trabajadores sexuales (hombres)	21,5	5.500
Esposas y novias de hombres trabajadores sexuales	7,1	2.600

A primera vista, los datos de prevalencia parecen indicar que los usuarios de drogas inyectables y hombres trabajadores sexuales son los grupos que por lejos sobrepasan a los otros en su contribución a la transmisión del VIH en esta población. Las trabajadoras sexuales ocupan el quinto lugar en orden de importancia y sus clientes, con bastante menos de 1% de prevalencia, apenas serían un factor de preocupación. No obstante, una vez que se aplican las tasas de prevalencia al tamaño de la población, el panorama cambia drásticamente (Figura 6).

La mayoría de las personas que viven con el VIH/sida en esta ciudad se infectaron por usar drogas inyectables, como era de esperar. Sin embargo, 23% de las infecciones son resultado de las relaciones sexuales comerciales entre hombres y mujeres, y los clientes de las trabajadoras sexuales fueron el segundo grupo más afectado después del de usuarios de drogas

inyectables. Los hombres trabajadores sexuales constituyen solo 6% de las infecciones actuales, ya que la ciudad tiene relativamente pocas personas en esa categoría; por lo tanto, a pesar de que proporcionalmente son muchos los hombres trabajadores sexuales infectados, su número absoluto no es grande.

Figura 6. Porcentaje de personas que vive con el VIH/sida, por grupo de exposición, zona metropolitana de Hok An, 2003



si no hubiera cambios de comportamiento. Lo anterior es válido especialmente en países con epidemias emergentes, en las que la prevalencia entre los grupos con ciertos tipos de comportamiento de riesgo puede aumentar explosivamente, y cuando se produce interacción entre esos y otros grupos puede llegar a causar rápidamente cambios en el curso de la epidemia.

La vigilancia del comportamiento y la de las ITS son muy importantes para tratar de determinar el curso que tendrá la epidemia en el futuro próximo, es decir, pensar por adelantado es la base de los mejores programas de prevención. Si la vigilancia del VIH muestra que hay una prevalencia alta de la infección entre los usuarios de drogas inyectables, pero la infección es baja entre otros grupos, cabe preguntarle a los primeros sobre sus parejas sexuales. Si la vigilancia del comportamiento entre los usuarios de drogas inyectables muestra que tienen relaciones

En resumen, los datos de la vigilancia del VIH deben analizarse en conjunto con otros factores, tales como el tamaño relativo de los grupos de población cubiertos por la vigilancia.

Uso de los datos de vigilancia para proyectar las necesidades de prevención y atención futuras

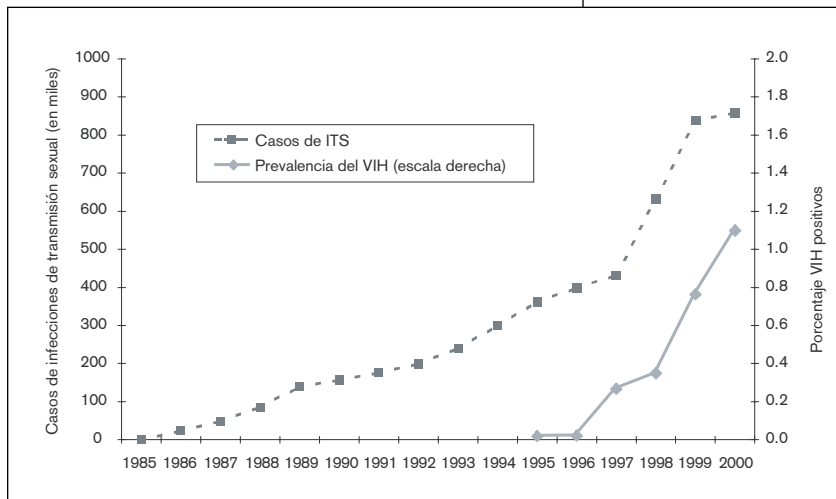
El futuro de la epidemia del VIH y sida ha resultado difícil de predecir. En 1990, se planteaba que en el peor de los casos para mediados del año 2000, se habrían infectado entre 15 y 20 millones de personas en el mundo.⁶ Esa estimación se quedó corta en por lo menos 30 millones en relación con la horripilante realidad.

Por bueno que sea el sistema de vigilancia, no es de esperar que pueda generar información que permita predecir el futuro de la epidemia con exactitud. No obstante, hay modelos sencillos que permiten a los países explorar el crecimiento de la epidemia en el corto plazo (hasta 5 años)

sexuales con gente que no se inyecta drogas, esto debería ser causa de preocupación. Habrá que preguntar, por ejemplo, si tienen relaciones sexuales con muchas parejas, porque son clientes de trabajadores sexuales o porque tienen relaciones sexuales pagadas para financiar su drogadicción; si sus parejas sexuales a su vez tienen muchas otras parejas; si usan condones; si hay pruebas de que si el VIH hubiera entrado en un grupo de población que no se inyecta drogas debido al comportamiento sexual de los que se inyectan se propagaría rápidamente (por ejemplo, tasas altas de incidencia de ITS en personas heterosexuales solteras). Al haber pasado más de dos decenios de lucha contra el VIH, no debería ser necesario que la prevalencia empiece a subir en un grupo de población para que sean identificados los miembros con riesgo de contraer el VIH por su comportamiento y hacerlos objeto de programas de prevención. Además de los indicadores de comportamiento, la vigilancia de las ITS puede funcionar como advertencia de lo que puede pasar con la epidemia del VIH/sida.

6 Chin J, Sato PA, Mann JM. Projections of HIV infections and AIDS cases to the year 2000. *Bulletin of the World Health Organization*, 1990, 68(1):1-11.

Figura 7. Casos de ITS tratados y prevalencia del VIH entre personas afectadas por ITS, Arcadia, 1985-2000



Por ejemplo, los datos de la Figura 7 corresponden a un país grande de Asia con un sistema de vigilancia de la salud relativamente fuerte. Los números muestran que a partir de la década de 1980, ha habido un aumento de casos notificados de ITS que buscan atención. Diez años más tarde, la prevalencia del VIH comenzó a subir entre los pacientes de ITS en el mismo país, en parte, porque no se tomaron medidas cuando los datos de la vigilancia de las ITS empezaron a indicar que había un aumento de las relaciones sexuales de riesgo. Los modelos sencillos también sirven para plantearse escenarios potenciales con el fin de analizar el efecto de varias intervenciones, según su grado de cobertura. Tales modelos no pueden representar la complejidad de la epidemia en toda su magnitud, pero pueden ser muy útiles para determinar qué tipos de comportamiento son los más importantes como objeto de los programas y con qué intensidad.

Planificación de programas y puesta en marcha: aspectos clave, qué hacer para resolverlos y cómo afrontarlos

Los sistemas de vigilancia del VIH, como todos los sistemas de vigilancia de la salud pública, tie-

nen por objeto dar información panorámica de las tendencias temporales de las enfermedades, sus riesgos y exposición; esta información por lo general se refiere a todo el país o a sus subdivisiones.

Los sistemas de vigilancia del VIH no están hechos para satisfacer todas las necesidades de la planificación programática en el terreno. No tienen la capacidad de dar toda la información necesaria para determinar las acciones a tomar ni cómo estas se pueden llevar a cabo

con éxito. No obstante, los sistemas de vigilancia sí pueden dar información substantiva a las personas a cargo de planificar y poner en marcha programas locales y nacionales para que sigan un rumbo correcto. Esto es especialmente válido en el caso de un número creciente de países que incluyen datos etnográficos y mapas como parte de la vigilancia y complementan su vigilancia cuantitativa normal con estudios cualitativos de menor escala.

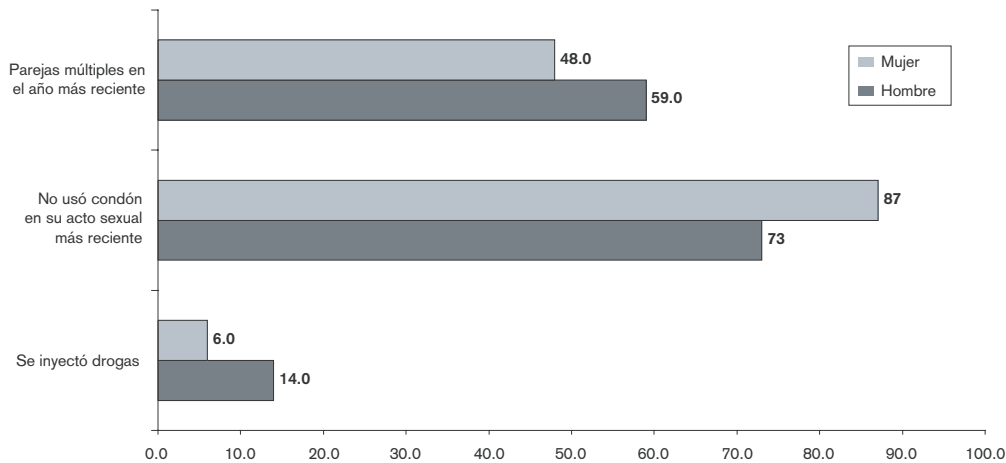
Uso de los datos de la vigilancia para señalar aspectos fundamentales

Pasadas dos décadas, ya se sabe bastante acerca de los tipos de comportamiento que ponen a las personas en riesgo de contraer el VIH; también, hay muchos trabajos publicados sobre el tema. A veces, esta información lleva a los funcionarios de salud pública y otros planificadores a hacer suposiciones acerca de los comportamientos de riesgo y, en consecuencia, a planificar intervenciones con base en dichas suposiciones. En realidad la variedad de las conductas de riesgo es extraordinaria, y los supuestos generales rara vez se aplican a situaciones específicas. En vista de ello, la vigilancia del comportamiento es fundamental, ya que permite confirmar si es que los supuestos generales surgidos de la vigilancia del VIH y de los antecedentes efectivamente se aplican a la situación específica (Recuadro 5).

Recuadro 5. Uso de los datos de la vigilancia para señalar aspectos clave

Las campañas mundiales se han concentrado en el hecho de que 50% de las nuevas infecciones por VIH se presentan en la población menor de 24 años de edad, cuando las personas están descubriendo su sexualidad y pueden asumir conductas de riesgo de varios tipos. En un país donde hay una epidemia que está creciendo rápidamente se juntaron los datos de la vigilancia para analizarlos por edad. Se encontró que la situación era más grave de lo que la norma mundial indicaba. Alrededor de 68% de todas las infecciones afectaba a personas menores de 25 años de edad. Un artículo de primera plana de un periódico informaba que la vigilancia del comportamiento de los jóvenes de secundaria había encontrado que más de la mitad de los estudiantes tenía múltiples parejas, y que solo 20% usaba condones. En el periódico se publicó la gráfica de la Figura 8.

Figura 8. La mitad de nuestros escolares tienen relaciones sexuales con múltiples parejas



El Ministerio de Juventud y Educación reaccionó rápidamente y por medio de un exitoso cabileo se consiguió una asignación presupuestal de US\$ 4 millones para elaborar un currículo de destrezas de vida con el objeto de ayudar a los jóvenes a evitar los riesgos relacionados con las relaciones sexuales. El programa se puso en marcha en muy corto plazo.

Dos años más tarde, se repitió el estudio de vigilancia del comportamiento. En esta ocasión, solo 25% de los entrevistados informó que había tenido relaciones sexuales con más de una pareja y, según los datos obtenidos, el uso de condones se había duplicado. No obstante, el número de infecciones entre los jóvenes notificadas por el sistema de vigilancia del VIH seguía aumentando. Un comité parlamentario pidió una investigación del asunto.

Los funcionarios de salud pública volvieron a revisar los datos de la vigilancia del comportamiento. Los indicadores de la línea de base eran correctos, ya que la mitad de todos los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales durante el año anterior había tenido múltiples parejas y solo 20% había usado condón. Luego de analizar los datos en más detalle se observó que solo 8% del total de estudiantes había informado que había tenido relaciones sexuales alguna vez, y solo 4%, que había tenido relaciones sexuales en el año anterior a la entrevista. Sin embargo, 10% de todos los estudiantes de secundaria había informado que había usado drogas inyectables durante el año anterior, pero en la segunda vuelta del estudio de vigilancia del comportamiento esa proporción había subido a 14%.

Si bien el ejemplo anterior representa un caso extremo, es ilustrativo de la importancia de analizar los datos. Los cuestionarios de la vigilancia del comportamiento tienden a obtener información sobre una variedad de comportamientos y creencias; sin embargo, en un informe típico o en un taller de difusión de información solo se presenta un número muy pequeño de indicadores estandarizados.

Uso de los datos de la vigilancia para identificar soluciones

De acuerdo con lo dicho anteriormente, los sistemas de vigilancia no se han diseñado para satisfacer todas las necesidades relacionadas con la planificación y diseño de programas. No obstante, los datos de la vigilancia, en especial los de la vigilancia del comportamiento, pueden dar ideas generales acerca de los aspectos clave que habrá que enfrentar. (Recuadro 6).

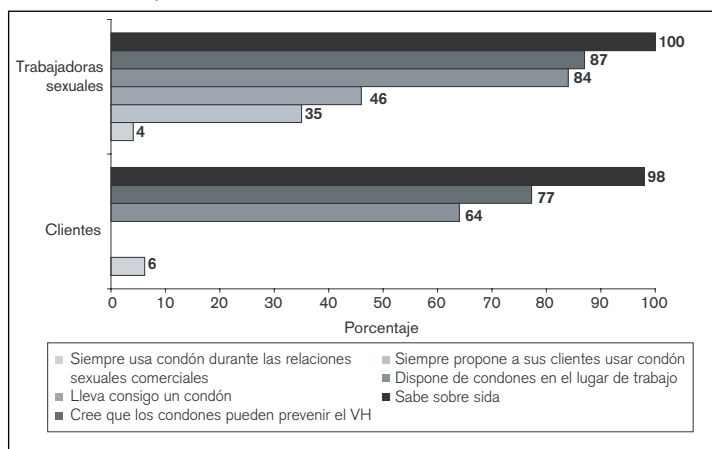
Recuadro 6. Uso de los datos de la vigilancia para dirigir las acciones de prevención: un ejemplo

Los datos de la vigilancia del comportamiento obtenida de trabajadoras sexuales y sus clientes mostraron que el condón se usaba muy poco. Inmediatamente hubo tres organizaciones no gubernamentales que solicitaron financiamiento al Consejo Nacional de Sida para comenzar programas de extensión por iguales y servicios de distribución de condones para trabajadoras sexuales. La educación por iguales tendría por objeto conversar con las trabajadoras sexuales sobre el peligro del VIH y sida y explicaría el uso del condón para evitar la infección por el virus; también harían demostraciones sobre cómo usar los condones, hablarían sobre la negociación del uso del preservativo con sus clientes y distribuirían condones a un costo nominal a las trabajadoras sexuales.

El Consejo Nacional de Sida, teniendo en cuenta la cantidad de solicitudes recibidas de distintas fuentes, pidió un análisis más detallado de los datos de la vigilancia del comportamiento para decidir si financiaba el programa de extensión por iguales. Los miembros del Consejo querían saber si las trabajadoras sexuales tenían conocimientos sobre el VIH y el sida; si sabían que los condones proporcionaban protección; si disponían de condones en los lugares de trabajo; si tenían consigo condones en el momento de la entrevista y si los usaban. Los miembros del Consejo también querían saber la justificación que daban las trabajadoras sexuales para no usar los condones y solicitaron la misma información disponible para las trabajadoras sexuales en relación con sus clientes.

Si bien no se disponía de toda la información solicitada, sí se contaba con la mayor parte de ella. El jefe de la vigilancia elaboró el mapa que se presenta en la Figura 9.

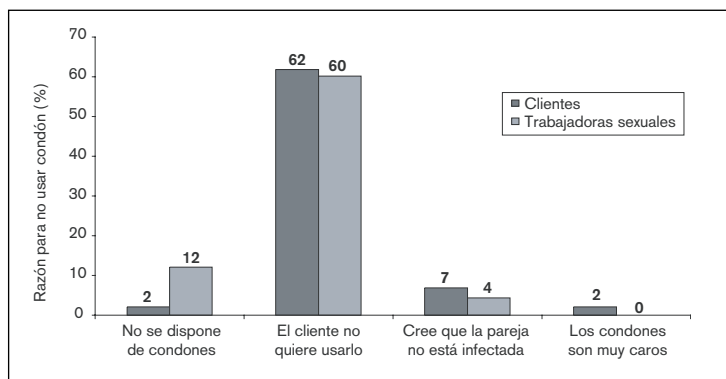
Figura 9. Conocimiento sobre condones e indicadores de uso entre trabajadoras sexuales y sus clientes hombres en Nantha Tun, 2003



Esta gráfica muestra que todas las trabajadoras sexuales y casi todos sus clientes saben del VIH y el sida, y la mayoría piensa que la enfermedad es fatal (no se muestran los datos). La mayoría de las trabajadoras sexuales cree que los condones pueden prevenir la transmisión del VIH, pero no así sus clientes, quienes creen en menor proporción. La distribución de condones no parece tener vacíos importantes: 84% de las trabajadoras lleva a cabo su actividad comercial en zonas donde es fácil conseguir condones a cualquier hora. Los entrevistadores pidieron a las trabajadoras sexuales que les mostraran los condones si es que los tenían consigo, y menos de la mitad los tenía, quizás por que se encontraban ampliamente

disponibles en los prostíbulos o a unos metros de sus lugares de trabajo. Más de un tercio de las trabajadoras sexuales dijo que negociaba el uso de condones con los clientes; no obstante, se encontró una gran diferencia entre la proporción de trabajadoras que había propuesto a sus clientes usar condones y la proporción que efectivamente los usó. Del 87% que sabía que los condones podrían resguardar la vida, solo 4% los había usado con todos los clientes durante la semana anterior a la entrevista.

Figura 10. Razones para no usar condones. Trabajadoras sexuales y sus clientes que no usaron condón en su última relación sexual, Nantha Tun, 2003



Si ni el conocimiento sobre los condones ni su disponibilidad son problemáticos para las trabajadoras sexuales, ¿qué evita que los usen? En la Figura 10 se muestra una segunda gráfica elaborada con los datos de la vigilancia en la cual se muestran las razones dadas por las trabajadoras sexuales y sus clientes para no usar condones.

La razón principal que dan las trabajadoras sexuales para no usar condones no parece estar relacionada con su conocimiento sobre los condones o su disponibilidad, sino más bien con el



hecho de que los clientes no quieren usarlos. El nivel de conocimiento y el sistema de distribución de condones debe mantenerse, pero los datos señalan que se necesita de inmediato cambiar la actitud de los hombres con respecto al uso del condón si se ha de incrementar su uso en las relaciones sexuales comerciales.

A la luz de estas pruebas, el Consejo Nacional de Sida decidió que los programas de extensión por iguales no tenían prioridad, ya que las trabajadoras sexuales ya sabían suficiente sobre condones y tenían acceso a ellos. No obstante, incluso aquellas que siempre negociaban con sus clientes el uso del condón, no lo estaban usando. En consecuencia, el Consejo decidió que, puesto que son los clientes los que están tomando las decisiones sobre los condones, la prioridad correspondía a la difícil tarea cambiar las actitudes masculinas. Después de realizar investigación cualitativa bastante amplia con grupos de hombres que usan los servicios sexuales comerciales y son a su vez líderes de opinión, se decidió asignar financiamiento a una campaña de difusión masiva y a programas de educación en el trabajo destinados a hombres con profesiones de mucha movilidad y muy bien pagadas.

Los datos de la vigilancia no darán toda la información necesaria para diseñar intervenciones exitosas. Sin embargo, el ejemplo del Recuadro 7 muestra cómo se pueden usar los datos de la vigilancia de rutina para investigar, al menos, cuáles son los aspectos de un programa que requieren más atención en las circunstancias actuales.

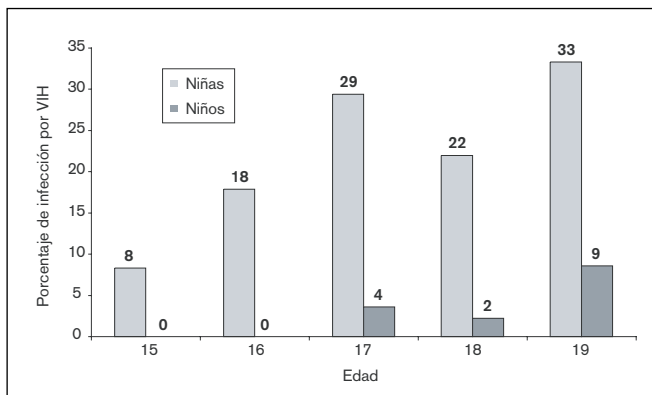
Uso de los datos de la vigilancia para decidir la forma de hacer frente al problema

El uso de los datos de la vigilancia para tomar decisiones sobre la forma de afrontar un problema es lo más difícil, pero hay ejemplos (no del todo distintos de los presentados anteriormente) en los que estos datos pueden servir para dar una indicación de cuál sería la mejor forma de lograr las metas del programa.

Recuadro 7. Ejemplo de cómo se usan los datos de la vigilancia para decidir la forma de hacer frente al problema

En un país que tiene una epidemia generalizada del VIH/sida bien establecida, se creó una Comisión de Sida bajo la Oficina de la Presidencia, con la responsabilidad de emitir recomendaciones sobre programas de prevención de la infección entre la juventud. Especialmente, se pidió a la Comisión que diera su opinión acerca de un programa de destrezas de vida para estudiantes secundarios que había generado controversia, ya que grupos religiosos y de padres estaban tratando de eliminarlo.

Figura 11. Prevalencia del VIH entre adolescentes del distrito de Bundu, 1998



La vigilancia del VIH en la población de embarazadas que se controlaban en clínicas de atención prenatal, señalaba que la mitad de las personas que vivían con el VIH/sida correspondía a mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad. Además, un estudio realizado en una zona rural había registrado las tasas que se presentan en la Figura 11.

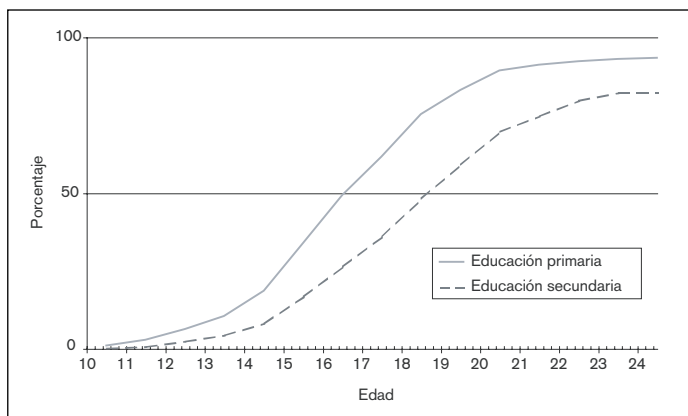
De los datos de esta figura, la Comisión de Sida llegó a la conclusión de que las mujeres estaban exponiéndose al VIH a una edad muy temprana, lo cual se confirmó con el análisis de los datos de la vigilancia del comportamiento que se había llevado a cabo en hogares seleccionados de manera aleatoria de todo el país. En ese estudio, la mitad de las mujeres jóvenes había tenido relaciones sexuales antes de cumplir 17 años de edad;

los hombres, en promedio, comenzaron su vida sexual un año después. Alrededor de 80% de los encuestados de ambos sexos que habían iniciado su vida sexual habían tenido relaciones con personas con las que no estaban casados; además, el uso de condón era sumamente bajo. La Comisión redactó un borrador de informe en el que



se señalaba que, dado que el comportamiento de riesgo era más o menos universal, no había pruebas de que la educación sobre destrezas de vida fuera eficaz, y que el programa debía descontinuarse. Un miembro de la Comisión que trabajaba en el Ministerio de Educación cuestionó tal recomendación, ya que a su juicio el análisis había sido incompleto, y pidió que los datos se analizaran por nivel de educación. Tal análisis, que se muestra parcialmente en la Figura 12, no sustentaba las recomendaciones. Si bien las tasas de relaciones sexuales extramatrimoniales sin protección eran altas entre todas las mujeres, eran más bajas entre las que tenían algún grado de educación secundaria (y, por lo tanto, habían estado expuestas al programa de destrezas de vida). Al controlar por edad, el comportamiento de riesgo se daba más entre las mujeres que estaban todavía en la escuela primaria o que habían abandonado su educación antes de entrar en secundaria.

Figura 12. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años de edad que tienen relaciones sexuales prematrimoniales, por edad y máximo grado de educación alcanzado



Otro miembro de la Comisión indicó su preocupación, particularmente a la luz de las estadísticas del Ministerio de Educación que señalaban que 72% de todas las mujeres de 20 a 25 años de edad habían abandonado su educación antes de llegar a la secundaria.

Con base en esos hallazgos y otros análisis similares, la Comisión del Sida modificó su recomendación. Dado que un objetivo importante de la educación sobre

destrezas de vida es de ayudar a los jóvenes a retrasar el comienzo de su actividad sexual, no parecía ser de mayor ayuda dar ese programa solo en la escuela secundaria. Después de todo, los datos indicaban que la mayoría de las personas no llegaba a la escuela secundaria. Si bien las relaciones sexuales sin protección entre las mujeres que habían ido a la secundaria eran menos frecuentes que entre las que habían abandonado su educación en primaria, una alta proporción de las primeras había iniciado su actividad sexual durante la escuela primaria. La Comisión de Sida recomendó introducir educación sobre destrezas de vida y salud reproductiva de manera obligatoria en el currículo de los dos últimos años de primaria

En muchos países el sistema de vigilancia del VIH o encuestas de hogar, tales como las de demografía y salud que incluyen información sobre comportamiento sexual, producen datos simila-

res a los anteriormente descritos. Estos datos rara vez se usan de la mejor manera posible para explorar asuntos como los analizados por la Comisión del Sida del ejemplo del recuadro 7.⁷

⁷ La serie sobre Sida en África durante el decenio de 1990 generada por el Proyecto de Evaluación MEASURE (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/?type=sr>, accessed 10 de noviembre de 2003) es un ejemplo de la potencia de tales datos, especialmente en los informes sobre Tanzania en 2001, Zimbabwe en 2002 y Kenya en 2003.

Datos para monitorear y evaluar los programas

Ya existen varios documentos sobre el uso de los datos de la vigilancia para evaluar los programas de prevención del VIH/sida.⁸ En esta publicación se limitará a hacer algunos comentarios generales sobre este tema.

- **Los sistemas de vigilancia no fueron diseñados para hacer el monitoreo o evaluación de intervenciones específicas**

El aspecto más importante es que los sistemas de vigilancia del VIH, incluidos los de la vigilancia del comportamiento, no fueron diseñados para medir el éxito de programas o proyectos específicos, pero miden el efecto combinado de la respuesta nacional. Los métodos específicos para evaluar programas se tratan en otras fuentes.⁹

- **Los datos de la vigilancia pueden usarse a veces para monitorear o evaluar intervenciones específicas**

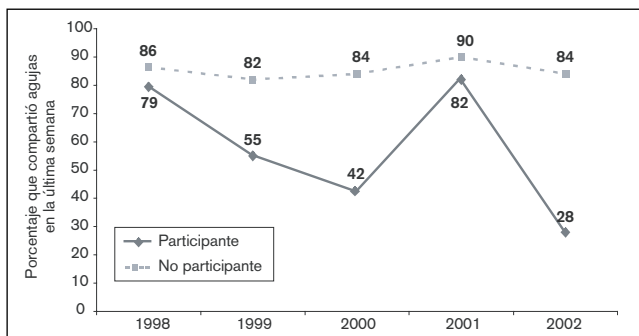
En algunas circunstancias, los datos de la vigilancia de rutina sí pueden servir para evaluar programas específicos. Esta función es más apropiada en los casos en que hay muy pocas intervenciones de cualquier tipo o donde la vigilancia del comportamiento incluye preguntas sobre programas o intervenciones específicos (Recuadro 8). Por ejemplo, si en una ciudad solo hay un programa de intercambio de jeringas y en la vigilancia del comportamiento se pregunta a los usuarios de drogas inyectables sobre el uso que hacen de ese programa, puede justificarse el uso de los datos pertinentes para evaluar el éxito de dicho programa de recambio (por ejemplo, al comparar el comportamiento de los entrevistados que hacen uso del programa con el de los que no lo usan).

Recuadro 8. Ejemplo de uso de los datos de la vigilancia para monitorear la marcha de un programa

Al ver un aumento en el uso de drogas y en la tasa de crímenes asociados con las drogas, los funcionarios de un puerto importante pidieron apoyo a un organismo de cooperación para establecer un programa piloto de intercambio de jeringas con el fin de prevenir una epidemia de VIH/sida. El programa comenzó a fines de 1997 y la vigilancia del comportamiento de los usuarios de drogas inyectables se inició el año siguiente. En la Figura 13 se muestran los datos de la vigilancia, en los que se ve un franco descenso de la tendencia del uso de agujas compartidas en la semana anterior entre los participantes del programa de intercambio de agujas entre 1998 y 2002.

Sin embargo, los que no participaron en el programa de intercambio mantuvieron sus tasas sin cambio.

Figura 13. Uso de agujas compartidas entre participantes y no participantes de un programa de intercambio de agujas en Thansa



En la Figura 13 se muestra claramente que algo raro pasó en 2001, pero no es obvio a qué se debe. De hecho, los registros del programa muestran que hubo un cambio de gobierno en el país donante que temporalmente suspendió los recursos del programa de intercambio de agujas. Sin embargo, el financiamiento se restableció al cabo de unos meses en que hubo mucho cabildeo de parte de las autoridades de salud pública, para el cual se usaron los datos del sistema nacional de vigilancia correspondientes al periodo de 1998-2000. Los datos sirvieron para demostrar que los programas de intercambio de agujas reducen el riesgo de infección.

8 Tales documentos incluyen:

- Programas Nacionales de Sida: guía de monitoreo y evaluación. Ginebra, ONUSIDA, 2000 (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubnap/en>, accessed 10 de noviembre de 2002).
- Monitoreo de la Declaración de Compromiso sobre VIH/Sida: guía para la construcción de indicadores básicos. Ginebra, ONUSIDA, 2003 (http://w4.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-Coreindicators_en_pdf.htm, accessed 10 de noviembre de 2003).

9 Rehle T et al. eds. Evaluación de programas de prevención y atención del VIH/Sida en países en desarrollo. Arlington, VA, Family Health International, 2001.

- **Los datos de la vigilancia sirven para medir la cobertura de un programa**

Cada vez más se está tratando de que los sistemas de vigilancia sirvan para hacer estimaciones del tamaño de la población en riesgo de infección por VIH. Estos datos pueden usarse conjuntamente con los registros de los servicios para llegar a estimaciones de cobertura de los programas (Recuadro 9).

Recuadro 9. Un ejemplo del uso de los datos de vigilancia para calcular las necesidades programáticas y la cobertura

El departamento de salud recientemente comenzó a trabajar con una organización no gubernamental con el fin de reducir la transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por dinero. En la ronda más reciente de estimaciones, el programa de VIH/sida estima que en la capital hay alrededor de 800 trabajadores sexuales (hombres). La vigilancia del comportamiento de esta población registra que solo 7% de ellos usa lubricantes con base de agua, y que son nueve clientes semanales en promedio los que buscan coito anal. Los gerentes de programa quieren que aumente el uso de lubricantes en las relaciones sexuales anales, dado que esta práctica reduce el traumatismo rectal y, por lo tanto, el riesgo de transmisión del VIH. Al mismo tiempo quieren que se usen lubricantes con base de agua, con el fin de que los condones usados en 36% de los actos sexuales no corran el riesgo de romperse.

A los seis meses, los registros del programa indican que la distribución de paquetes individuales de lubricantes subsidiados a los trabajadores sexuales masculinos de la ciudad llega a 6000 por mes. Sin embargo, si se usan los datos de la vigilancia para calcular la demanda, las cifras mínimas son:

93% de los 800 trabajadores sexuales masculinos no usan lubricante	744
Clientes por mes = 9 por semana por 4	36
Coitos mensuales sin lubricantes	26.784

Esto significa que el programa actualmente solo cubre 22% de la demanda mínima. Si se pudiera deducir que los trabajadores sexuales que ya usaban lubricante se cambiaron al producto más barato y empaquetado individualmente, por lo tanto, más conveniente, la falta de cobertura es aún mayor.

Otra forma más directa de usar los datos de la vigilancia para medir la cobertura de los programas se da en las epidemias generalizadas, en las que la prevención y los servicios de atención no están dirigidos a grupos particulares, sino a toda la población adulta. En los países con ese

tipo de epidemia, es mejor usar encuestas de hogares u otros tipos de encuestas de población general para la vigilancia del comportamiento. Estos métodos dan medidas de cobertura con facilidad. Por ejemplo, en un país donde se esté tratando de aumentar la cobertura de las pruebas de detección del VIH y servicios de orientación, bastaría con agregar una pregunta a la encuesta de hogares para saber si los encuestados recibieron orientación y pruebas de detección del VIH en los 12 meses anteriores. Si la encuesta era de hogares y de carácter aleatorio, la cobertura se reflejaría como la proporción de hombres y mujeres que dijeron que habían recibido servicios de pruebas de detección y orientación durante el año anterior. Si bien estos indicadores no son estrictamente parte de la vigilancia de segunda generación, surgen de encuestas el comportamiento que son un componente central de la vigilancia.

Cabe señalar que el uso de los datos de la vigilancia para medir cobertura tiene una limitación importante, especialmente para los programas de prevención. Con la excepción de algunos ejemplos muy concretos y relevantes, como los programas de intercambio de jeringas, la definición de exposición a las intervenciones es muy difícil. Por ejemplo, si se le pregunta a un joven si ha participado en actividades de prevención del VIH/sida, podría obtenerse una medida que incluiría a los que van a clubes de VIH/sida, los que diseñaron un afiche para el día mundial del sida en su escuela o los que asistieron a una conferencia sobre el tema dada por un trabajador de la salud en un club de juventud. No obstante, con esta pregunta probablemente no se captará a los que escuchan una comedia radial que tiene una trama secundaria sobre VIH, los que fueron al centro de salud por un resfriado y recibieron consejos sobre relaciones sexuales seguras, los que en la iglesia escucharon la prédica sobre cómo apoyar a las familias afectadas por el VIH/sida. Todas estas cosas podrían ser parte del programa nacional para prevenir la infección y la enfermedad. Los métodos cualitativos (como los métodos rápidos de evaluación) y una validación cuidadosa previa de los cuestionarios podría mejorar la capacidad de medir la exposición a intervenciones específicas, pero esto se hace cada vez más difícil a medida que se amplía la respuesta y las intervenciones. El uso de los datos de la vigilancia de rutina para medir la cobertura de los programas de prevención crea

un riesgo real de subestimar la magnitud, amplitud y alcance de la respuesta nacional.

- **Los datos de la vigilancia pueden llamar la atención sobre cambios negativos en programas previamente exitosos**

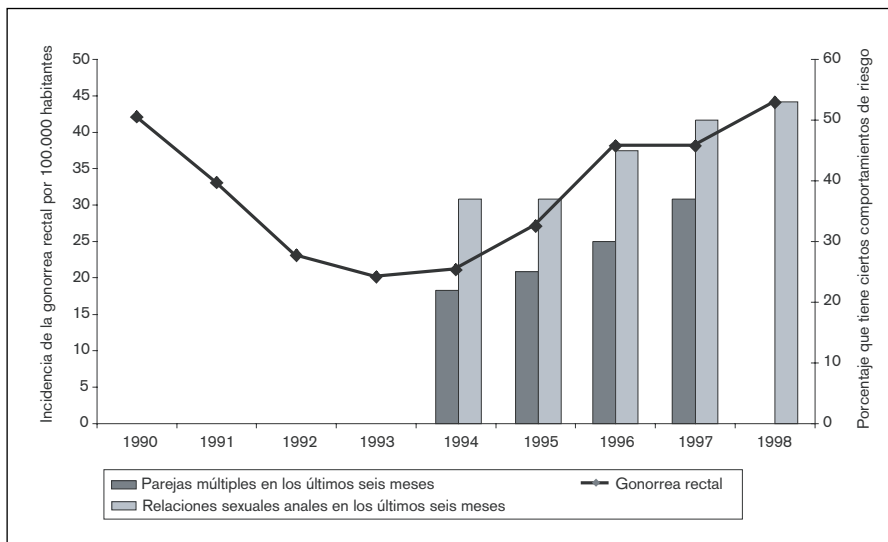
Los indicadores pueden variar en ambas direcciones. Los datos de la vigilancia pueden servir para llamar la atención cuando los éxitos de un programa comienzan a desvanecerse y cuando los comportamientos de riesgo y sus consecuencias empiezan a aumentar (Recuadro 10).

Recuadro 10. Ejemplo de uso de los datos de vigilancia para llamar la atención sobre la pérdida de éxito de un programa de prevención

Entre las primeras comunidades que cambiaron drásticamente su comportamiento en respuesta al VIH estaban las de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los países industrializados. No obstante, a medida que la nueva generación empezó su actividad sexual y el tratamiento de la infección se hizo ampliamente disponible, los gerentes de programa comenzaron a ver que los éxitos anteriores se estaban perdiendo y que las relaciones sexuales anales sin protección estaban aumentando.

La disponibilidad cada vez más amplia de los tratamientos que prolongan la vida ha hecho que las medidas usadas para el VIH, como la notificación de casos de infección y de sida, sean difíciles de interpretar. Sin embargo, en

Figura 14. Tendencias de la gonorrea rectal y del comportamiento de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, década de 1990, Nueva Cheschire



muchas zonas con grandes concentraciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se realiza regularmente vigilancia del comportamiento y notificación de las ITS en la comunidad. Estos datos podrían servir para investigar las sospechas acerca del aumento de las conductas de riesgo.

En la Figura 14 se muestran los resultados de esa vigilancia.

Las implicaciones son claras: el aumento de las

relaciones sexuales anales que se sospechaba era real. Los hombres notificaron más relaciones sexuales de riesgo con hombres y con más parejas, y las consecuencias comenzaban a medirse directamente en los números crecientes de ITS. Dado que la prevalencia del VIH de base en la población era alta, los pequeños aumentos en los comportamientos de riesgo podían incrementar significativamente el número de nuevas infecciones. Estos datos llevaron a renovar las acciones de prevención entre las comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la ciudad de que se obtuvieron los datos y en otras de países industrializados.

Datos para abogacía

En esta sección se presentan algunos principios relacionados con el uso eficaz de los datos de la vigilancia cuando se trata de hacer abogacía; asimismo, se describe la forma de presentar la información a determinado público específico. Las secciones subsiguientes presentan indicaciones prácticas para preparar presentaciones e informes de modo que tengan el máximo efecto posible.

El tema de la presentación

Los funcionarios de salud pública a menudo usan los datos sin tomar en cuenta las diferencias entre las distintas audiencias, creyendo que el trabajo de vigilancia culmina con la elaboración del informe oficial y su publicación. No hay duda de que el informe contiene toda la información importante acerca de la infección por VIH, sus tendencias y los comportamientos relacionados ella. No obstante, un informe único casi nunca puede satisfacer las necesidades de los diversos tipos de público, como son políticos, planificadores, sector privado, organizaciones no gubernamentales, comunidades afectadas, público en general y otros. En el sector comercial, los productores de cereales o cosméticos ya saben que sus productos se venden mejor cuando se presentan y promueven de manera diferente según el mercado al que vayan dirigidos. Este mismo principio debería aplicarse a los datos de la vigilancia, que deben presentarse de manera muy diferente según la audiencia, si se ha de vender el mensaje implícito en los datos y garantizar que se tomen las acciones correspondientes.

La acción de abogacía (cabildeo, promoción según el mundo comercial) consta de un número relativamente fijo de reglas que se describen a continuación. También se proporcionan aquí ejemplos concretos en relación con las audiencias específicas.

Para elegir el producto correcto para la audiencia es necesario:

- definir los objetivos
- definir el público o audiencia
- determinar qué influye en su manera de pensar
- usar la información para responder a sus inquietudes

- usar un lenguaje apropiado
- hacer el mensaje de una extensión adecuada
- elegir el mejor mensajero
- ser oportuno

Defina sus objetivos

Este documento, que está dirigido principalmente a profesionales de salud pública, presupone que los lectores pueden analizar e interpretar datos de vigilancia. El primer paso para presentar bien estos datos es definir el objetivo de la comunicación. Una sola ronda de datos de vigilancia puede servir para formular varios y diversos objetivos, cada uno de los cuales, a su vez, podría tener que presentarse a diferentes audiencias en varios lenguajes.

Defina su audiencia o público

Esto requiere que el profesional de salud pública defina con quién se quiere comunicar para garantizar que se logran los objetivos planteados. En este paso es necesario pensar en todos los grupos que habrá que involucrar para conseguir el objetivo: ¿Quién tiene el potencial de hacer que las cosas avancen y quién las puede obstaculizar? A menudo hay más de una audiencia, y podría ser necesario llegar a cada una por separado y con información diferente.

Determine qué influye en su manera de pensar

Una vez definida la audiencia, habrá que encontrar la mejor manera de comunicarse con ella. Al igual que en la vida social, la mejor forma de comunicarse para hacer abogacía es encontrando elementos comunes entre las personas. Por lo tanto, es importante comprender las inquietudes, motivaciones y objetivos de cada tipo de audiencia.

Use la información para responder a sus inquietudes

El verdadero arte de usar los datos está en encontrar la forma de utilizar la información para responder a las inquietudes específicas de la audiencia objeto. El ministerio de salud podría

tener interés en planificar la provisión de servicios para las personas con VIH/sida; por su parte, la cámara de comercio a lo mejor quiere conocer el impacto de la infección y la enfermedad en la fuerza de trabajo. Estas dos inquietudes pueden atenderse con los mismos datos, es decir, con proyecciones de la infección por VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas con ella. Sin embargo, los datos deben presentarse de manera muy diferente a ambas audiencias.

Use el lenguaje apropiado

Después de definir el objetivo, la audiencia, los mensajes clave para llegar a la audiencia y los datos para sustentarlo, es importante elegir el lenguaje (Recuadro 11). Por ejemplo, ¿qué le significará a este público un intervalo de confianza? ¿Lo confundirá? ¿Sabe este grupo la diferencia entre incidencia y prevalencia o será mejor usar expresiones tales como “infecciones nuevas” o “infecciones actuales”?

Recuadro 11. La misma información en lenguajes diferentes

- La incidencia del VIH en la cohorte de 15 a 19 años de edad es alta, y la prevalencia entre las mujeres de 19 años de edad es de 33%.
- Es común la infección por VIH entre los adolescentes mayores; un tercio de las mujeres de 19 años de edad ya se ha infectado con el virus.
- Cientos de adolescentes se infectan con el VIH semanalmente. Si hubiera 30 niñas en la clase de su hija, alrededor de 10 estarían infectadas con el VIH al momento de graduarse.

Elija una extensión adecuada

Los informes o presentaciones que nadie lee o escucha no tienen ningún valor. Esto significa que hay que transmitir la información que sea clave en el tiempo que la gente pueda dedicarle. Si el VIH/sida es un tema de interés central para la audiencia, es posible que se aprecie un informe completo para leer y usar luego como referencia. De lo contrario, la audiencia entenderá mejor la información si se presenta en una sola página de conceptos claros, en forma de panfleto o presentación oral.

Elija el mejor mensajero

La gente escucha a las personas en quienes confía; cada audiencia deposita su confianza en

personas diferentes, las que a veces son sus iguales. Es posible que el ministro de salud sea la mejor persona para presentar los datos de la vigilancia al gabinete ministerial, pero la gente joven pondrá más atención a un ídolo popular que trabaje con el programa de VIH/sida como su embajador.

Oportunidad

Cuando de abogacía se trata, el momento oportuno es lo más importante. El VIH/sida no es el único tema que preocupa a la gente. Una forma de mejorar la atención al mensaje es lanzándolo en el momento más apropiado. Se recomienda aprovechar los sucesos programados, como el Día Mundial del Sida el 1° de diciembre o alguna conferencia mundial sobre VIH/sida, que genera gran interés entre la prensa y el público y puede incluir a personas de alto nivel gubernamental. Hay que evitar el conflicto con otros eventos importantes que puedan distraer la atención del mensaje: por ejemplo, los políticos de más alto nivel prestarán poca atención a datos rutinarios de salud en las últimas etapas de una campaña electoral.

Presentación de datos a grupos específicos

En esta sección se tratan más ampliamente los principios generales descritos anteriormente, aplicándoselos a audiencias específicas que podrían ser importantes en relación el VIH.

Poblaciones incluidas en el sistema de vigilancia

El discurso acerca de la importancia de compartir los resultados de la vigilancia con las poblaciones que generan tal información rara vez se lleva a la práctica, lo cual es un error por varias razones. En primer lugar, el solo hecho de que sean parte de la vigilancia indica que tales personas tienen comportamientos de riesgo en relación con el VIH. Aparte de tener el derecho de conocer su grado de infección, exposición y riesgo, pueden actuar más directamente en respuesta a la información. En segundo lugar, están en mejor posición de interpretar los datos que la mayoría de la gente: si la información sobre intercambio de jeringas del Recuadro 8 y la Figura 10 (presentada de

manera apropiada) se presentara a una audiencia de usuarios de drogas inyectables de la ciudad, no sería necesario analizar los registros de los servicios para explicar la anomalía de 2001. La audiencia podría decir en seguida que el programa de intercambio de jeringas se cerró durante nueve meses, período en el cual los usuarios volvieron a compartir agujas de inyección. En tercer lugar, aunque quizá sea lo más importante, el propósito de hacer vigilancia es mejorar los programas, prevenir la propagación del VIH y ayudar a paliar las consecuencias de la infección. Mientras más participen los beneficiarios en el diseño de tales programas, más posibilidades hay de satisfacer las necesidades de la comunidad y, en consecuencia, lograr los objetivos programáticos.

Por último, hay una razón que tiene que ver con el propio interés de los gerentes de los programas de vigilancia. Esta es una actividad continua que se repite cada uno o dos años. Es muy difícil volver una y otra vez a la misma comunidad para sacar sangre a sus miembros o para hacerles pregunta sobre su comportamiento sexual o consumo de drogas sin jamás darles información de regreso. La mejor retroalimentación que se puede dar a estas comunidades es una programación mejorada, pero eso lleva tiempo y a lo mejor no depende del gerente de vigilancia. Sin embargo, el personal de vigilancia tiene control directo sobre la información, que se puede retroalimentar a la población de manera rápida y barata. Se puede trabajar directamente con las organizaciones comunitarias para garantizar que los resultados de la vigilancia se presenten a la población que sirvió de fuente de información. Este proceso debería ayudar a la gente a aprender sobre las percepciones, comportamiento y exposición de su propia comunidad, y debería involucrarla en la discusión de las soluciones.

En los casos de epidemias generalizadas, en las que los datos de vigilancia surgen en gran parte de las embarazadas que reciben atención prenatal, posiblemente no se pueda dar retroalimentación de manera intensiva. Si fuera así, podrían aprovecharse otros mecanismos, como reuniones del consejo local organizadas con otros propósitos, para difundir los datos del VIH/sida y comportamientos afines. Cuando sea la población general la afectada, los medios de difusión también pueden servir para compartir los resultados de la vigilancia con las comunidades que fueron fuente de la información.

El uso de lenguaje apropiado es clave para informar a la comunidad

Por lo general, el lenguaje cotidiano de la comunidad es el que menos se parece al que usan los funcionarios de salud pública. La preparación de la información que se presente a esta audiencia conlleva una "traducción" al lenguaje cotidiano del grupo destinatario. Por ejemplo no se puede llegar a una audiencia de trabajadores sexuales masculinos (TSM) de habla inglesa y presentar una gráfica titulada "aumenta la prevalencia del coito anal con inserción entre TSM en sitios de diversión, 1998-2003". En primer lugar, las comunidades legas por lo general no utilizan el lenguaje formal de la salud pública. Muchos miembros de la comunidad, e incluso algunos funcionarios de salud pública, no saben que TSM se refiere a trabajadores sexuales masculinos. Además, los trabajadores sexuales probablemente se refieran a sí mismos como "chicos de alquiler" u otra expresión local. En segundo lugar, si bien algunos sabrán lo que significa coito anal con inserción, nadie usa tal expresión en la descripción cotidiana de su trabajo. Todas las profesiones, incluidas las relacionadas con lo sexual y el uso de drogas ilícitas, tienen su propia jerga, que es la que debe usarse para comunicar la información a la audiencia en cuestión. Por ejemplo, es más fácil usar la jerga local correspondiente que decir "coito anal sin protección con pareja sexual cuyo estado de infección por VIH se desconoce". Esta traducción facilitará que la audiencia entienda lo que se quiere decir y se sienta identificada con la información. Asimismo, las mujeres jóvenes en algunos países entenderán rápidamente la expresión amante viejo, pero no así el significado de "compañero 10 o más años mayor que la entrevistada".

El lenguaje apropiado también incluye presentaciones gráficas adecuadas. Muchos trabajadores sexuales tienen muy poca educación si no ninguna, y podrían tener dificultades para entender una simple gráfica lineal; ni hablar de una de barras montadas. Es necesario usar la creatividad para presentar información a estos grupos.

¿Quiere mostrar que la prevalencia de la sífilis es 24%? Dibuje un afiche con 100 trabajadores sexuales, con 24 de ellos en color rojo. ¿Quiere mostrar que 65% de los consumidores de drogas inyectables a menudo comparten jeringas, que 29% lo hacen a veces y solo 6% nunca? Prepare un afiche con un dibujo de 100 jeringas

y pinte 65 rojas, 29 anaranjadas y 6 verdes, y póngales nombre.

Se necesita usar tacto para presentar los resultados de la vigilancia a la comunidad

La presentación de información a la gente que fue fuente de los datos es un tema delicado. Los miembros de una comunidad saben más sobre la misma que usted; no obstante, la percepción que tiene la gente de los valores y normas de su propia comunidad a menudo son distintas a la realidad. Una audiencia que asiste a una reunión local podría no recibir bien los datos de vigilancia que indican que 57% de los hombres de más de 40 años de edad había tenido relaciones sexuales extramatrimoniales con mujeres adolescentes durante el año anterior.

Esta dificultad puede reducirse un tanto si se selecciona un buen mensajero. Otra forma de ayudar la situación sería invitar a la audiencia a interpretar y explicar los datos, lo cual tiene la ventaja adicional de que contribuye al objetivo de extender la participación de la comunidad en la planificación.

Sin tacto, llevaría a decirle a la comunidad: “en esta comunidad, 57% de los hombres de más de 40 años tiene relaciones sexuales extramatrimoniales con adolescentes”.

Otra forma de presentar este mensaje sería: “en algunos lugares, la epidemia ha sido alimentada por las relaciones sexuales entre hombres mayores y mujeres jóvenes”. Respuesta de la audiencia: “Aquí no pasa eso”. A continuación, el presentador diría: “eso pensábamos nosotros, pero usamos un cuestionario nacional estándar para hacer esa pregunta, y resultó que más de

la mitad de los hombres de más de 40 años de edad dijo que había tenido relaciones sexuales con adolescentes. ¿Nos podrían ayudar a explicar a qué podría deberse ese resultado?

En este punto, podría salir una mujer mayor que dice lo que piensa y señalar que en efecto esta situación sí se da y hace memoria del caso del hermano de la maestra. Esto puede abrir una discusión activa. Tales discusiones constituyen un paso necesario para cambiar las actitudes de la comunidad, pero pueden llegar a ser feroces, por lo que debería contarse con un moderador comunitario fuerte que pueda guiar el debate.

La retroalimentación de la comunidad puede dar ideas para mejorar la programación

En realidad, el objeto de iniciar una discusión con la comunidad acerca de los datos contribuidos al sistema nacional es obtener de su conocimiento, experiencia y recursos insumos para perfeccionar las soluciones. La comunidad destinataria de la presentación de los datos es a menudo la que mejor sabe qué es lo que hay que hacer.

Los datos deben mantenerse como centro de estos debates. De afuera, “la comunidad” a menudo se idealiza y percibe como una empresa cooperativa en la cual todos sus miembros tienen el mismo poder, acceso y voz. Esto no es nunca así. Hay voces dominantes que podría proponer soluciones para mantener la situación sin cambios, es decir, su fuente de poder y al mismo tiempo la fuente de las normas de comportamiento que es necesario cambiar para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Toda propuesta de solución deberá cotejarse con la realidad que muestran los datos (Recuadro 12).

Recuadro 12. Ejemplo de análisis de datos y programación por trabajadores transexuales

Una organización asiática de trabajadores transexuales recientemente solicitó financiamiento para llevar a cabo una campaña de extensión de información, educación y comunicación entre trabajadores transexuales que tienen relaciones con hombres. La propuesta se basaba en el supuesto de que el conocimiento sobre el VIH/sida y el condón era pobre, al igual que el uso del condón. La solicitud en cuestión se dejó pendiente en espera del análisis de los datos de la primera ronda de la vigilancia.

Los resultados de la vigilancia indicaron que 100% de la población objeto había oído del VIH/sida; casi todos podían señalar que era una enfermedad de transmisión sexual incurable, y 96% sabía que se podía prevenir usando condones durante el coito anal, a pesar de que el uso de condones era efectivamente bajo. Desgraciadamente, la prevalencia del VIH llegaba a 23%; 17% tenía sífilis activa y más de 60% había tenido sífilis en el pasado.



Estos datos se discutieron con los líderes del grupo de transexuales que habían colaborado en la vigilancia y se convocó una reunión de la comunidad. Guiados por el personal de vigilancia, los líderes comunitarios habían elaborado afiches que mostraban a 100 trabajadores transexuales pintados del mismo color para representar la prevalencia de infección por VIH y sífilis. También hicieron afiches con 100 penes, algunos de los cuales tenían condones de distintos colores para señalar el grado de conocimiento sobre el condón y su uso.

Los líderes del grupo de transexuales estaban realmente sorprendidos de los resultados. Tanto el grado de conocimiento como las tasas de infección eran mucho más altos que lo esperado. Los líderes reconocieron de inmediato que habían sobreestimado la necesidad de contar con programas de información, educación y comunicación y subestimado la necesidad de dar tratamiento para las ITS y atención y apoyo a los infectados. En especial, les causó preocupación el tema de la atención, porque las personas transexuales a menudo tienen problemas para acceder a los servicios de salud que suelen atender a ambos géneros por separado.

En respuesta a una solicitud de los líderes transexuales, se reprodujeron los afiches. Otra información surgida de los datos se preparó en forma de libro para que pudieran utilizar los trabajadores de programas de extensión para informar a otros miembros de la colectividad. Más tarde, un proceso de planificación de la comunidad llevó a que se reemplazara la propuesta original de información, educación y comunicación por una clínica que diera servicios especializados, incluso orientación y pruebas voluntarias para detección del VIH y atención adecuada de las ITS que afectaban a las personas transexuales. La gerencia de la clínica emplea a miembros de la colectividad transexual, y los servicios de atención están a cargo de médicos adiestrados especialmente en temas pertinentes de salud sexual y manejo de infecciones oportunistas del VIH.

Personal del sistema de vigilancia

Los funcionarios que trabajan en la recolección de los datos de vigilancia, ya sea tomando muestras, trabajando en el laboratorio o aplicando las encuestas del comportamiento, deben recibir los resultados de la vigilancia. La vigilancia del VIH y las ITS a menudo es una función adicional de los funcionarios de los servicios o del gobierno, que ya están sobrecargados de trabajo. El saber que su trabajo se aprecia y se usa les puede levantar el ánimo y mantener la calidad de las actividades relacionadas con la obtención de la información. Para este tipo de audiencia sirven los talleres de diseminación, que pueden realizarse conjuntamente con otras actividades cotidianas, como la capacitación.

Políticos y niveles de decisión

El mensajero puede ser tan importante como el mensaje

En el caso de los políticos y funcionarios que toman decisiones, la selección del mensajero adecuado es más importante que para cualquier otra audiencia. En los niveles políticos y jerárquicos más altos el círculo de asesores suele ser pequeño. Posiblemente sea más fácil tener acceso a esos asesores que a los jefes mis-

mos; los primeros por lo general son muy buenos mensajeros. No obstante, llegar al círculo de asesores también puede ser difícil y requiere creatividad. Una opción, por ejemplo, sería encontrar un compañero de deporte del asesor y convertirlo en defensor o promotor del mensaje que se quiere transmitir. Otras opciones podrían ser acercarse en oportunidad de un congreso internacional, cuando la gente parece estar más asequible; conseguir que funcionarios internacionales de alto rango o diplomáticos de países donantes sirvan de canal de comunicación. Posiblemente siga siendo necesario actuar según el protocolo y buscar acceso oficial, enviando las cartas y presentaciones formales necesarias, pero esto se facilitará si se ha hecho un acercamiento informal de antemano.

Los políticos quieren acciones claras

Los políticos de alto nivel no quieren más problemas; quieren soluciones. Además, generalmente tienen muchas preocupaciones, y el VIH/sida no es un tema de gran importancia en su portafolio. Al comunicarse con esta audiencia será necesario reducir el mensaje a lo mínimo esencial y señalar qué acciones es necesario tomar. El Recuadro 13 muestra dos ejemplos con la misma información presentada de diferentes maneras.

Recuadro 13. Sus 30 segundos ante el gabinete

Presentación de bajo riesgo y pocos resultados

La situación de la epidemia del VIH/sida ha llegado a ser preocupante, ya que está entrando en una fase de crecimiento en varias poblaciones de riesgo. Estas poblaciones son marginales y sumamente vulnerables. Se necesita compromiso político para atacar problemas delicados que surgen como resultado de la situación.

Presentación de alto riesgo y más gratificante

Uno de cada dos usuarios de drogas inyectables de la capital ya está infectado con el VIH y muchos tienen relaciones sexuales sin protección con prostitutas. Esto se traduce en que, dentro de poco, las tasas de infección subirán entre las trabajadoras sexuales y sus clientes, y más adelante, entre las esposas y los hijos de los últimos. Necesitamos proteger a las esposas y a los hijos de este país, para lo cual hay que reducir el uso de jeringas compartidas y aumentar el uso del condón. El primer paso que habrá que dar claramente es la legalización de un programa de intercambio de jeringas y el segundo, eliminar la prohibición de propaganda de condones por televisión. Hacemos un llamado a tomar estas acciones para proteger al país.

Gerentes de programas de sida en el sector salud y otros sectores

Los gerentes de programas de VIH/sida probablemente sean los usuarios más asiduos de los datos de la vigilancia de segunda generación. Sus necesidades se tratan por separado en este documento. Aún cuando la vigilancia sea responsabilidad del programa nacional de VIH/sida, la información no llegará automáticamente a las personas que toman decisiones en los programas del ministerio de salud u otros sectores, como educación y agricultura. Es necesario programar reuniones para dar información dentro de los propios programas. Los gerentes de programa posiblemente tengan interés de recibir análisis mucho más detallados que otros políticos. En estos casos los temas de cobertura e impacto son sumamente importantes.

El sector privado

Este sector frecuentemente es considerado un aliado clave en la prevención del VIH/sida. Sin

embargo, a veces no es tan claro ver cómo las empresas, grandes o chicas, pueden colaborar. Aun así, los datos de vigilancia pueden ser de interés directo para el sector privado en varias formas.

Hable primero con las empresas para las que cuenta con información

La vigilancia del comportamiento frecuentemente se lleva a cabo con cohortes laborales, tales como camioneros, agricultores o mineros. Si el lugar de trabajo ha servido para tener acceso a las personas para hacer vigilancia del VIH, probablemente también sea un buen terreno para llegar al grupo con programas de prevención. Los resultados de la vigilancia del VIH y del comportamiento en un determinado grupo laboral crearán interés en todas las empresas del sector, no solamente en las pocas que hayan participado en la vigilancia. La presentación de la información a esos empresarios puede llevar a recomendaciones claras y directas en relación con programas de prevención y políticas de atención.

“Canjee” datos por apoyo para los programas de prevención

Muchas empresas tienen gastos importantes de tiempo, energía y dinero para llegar a los mercados actuales o potenciales. No obstante, son muy pocas las que llegan o tienen acceso a las poblaciones marginadas al alcance de los mejores sistemas de vigilancia de segunda generación. Para algunas compañías, los sistemas de vigilancia del VIH ofrecen un recurso sin igual para obtener información sobre mercados, entre ellas, las que fabrican condones y lubricantes; también las empresas farmacéuticas y otras podrían tener interés en los datos de la vigilancia.

Dado que esas empresas ya están directa o indirectamente en la “industria” del sida, son las más obvias como colaboradoras o socias en la prevención del VIH. La presentación de los datos de la vigilancia relacionados con el tema de interés de la empresa, de manera comprensiva puede ser un primer paso de gran valor para generar una colaboración productiva con ella (Recuadro 14). (Incluso, podría hacerse un análisis específico si así lo solicita la empresa y agregar preguntas [en las encuestas]).

Recuadro 14. Ejemplo de una investigación de mercado que señala productos de interés para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En un país en desarrollo recientemente se agregó por primera vez el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al sistema nacional de vigilancia. En la primera ronda de vigilancia del comportamiento se encontró que los hombres estaban bien informados sobre la transmisión del VIH y los condones, aunque había gran ignorancia en torno a los lubricantes seguros. La mayoría de los hombres usaba saliva o crema humectante para el cuerpo durante el coito anal, aun con condón; muy pocos conocían los lubricantes con base de agua. Los que los conocían señalaban que la presentación o envase era en tubos largos, caros y difíciles de llevar para una salida nocturna, ocasión en que es más probable tener una relación sexual.

Estos datos se juntaron con las estimaciones oficiales del número de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres y se calculó el tamaño potencial del mercado; también se agregó la información de la vigilancia sobre la frecuencia del coito anal. Se llamó a una reunión con el único productor nacional de lubricantes, que hasta la fecha solo había promovido su producto para uso médico y para las mujeres en la menopausia.

El fabricante accedió a envasar el lubricante en pequeños paquetes para usar uno a la vez para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; asimismo, decidió reducir el precio a cambio de que el programa de prevención del VIH/sida le ayudara a acceder al mercado y promover el uso del lubricante.

Destaque los aspectos financieros y de relaciones públicas

La empresa privada tiene por objeto sus ganancias. Esto es lo que las empuja y lo que determina la toma de decisiones. Siempre vale la pena presentar el análisis de los datos que muestra que la epidemia del VIH tiene el potencial de generar pérdidas a la compañía o a la industria. Esta epidemia puede llegar a horadar la productividad, la fuerza laboral, la mano de obra especializada, el mercado consumidor, y puede generar grandes pérdidas al presupuesto público de seguros de salud y pensiones.

Las relaciones públicas son otro tema de preocupación. Muchas empresas tienen buenas políticas con respecto al VIH/sida, que incluyen programas de prevención en las comunidades vecinas. Esto responde a que las compañías quieren presentar una imagen social responsable. Cuando los programas de atención y prevención del VIH cuentan con apoyo político de alto nivel o constituyen un tema de interés personal de algún político local influyente, es relativamente fácil conseguir colaboración de empresas privadas para el programa. En este caso, pueden seleccionarse figuras políticas como mensajeros para presentar los datos y promover la participación del sector privado.

Hay quienes ven al sector privado como una fuente de dinero. De hecho, dado que la empresa privada siempre está cuidando sus ganancias, lo más difícil es conseguir de ella dinero. Sin embargo, además de apoyar los programas de

prevención del VIH para su fuerza laboral, hay empresas que estarán dispuestas a donar servicios para la lucha contra la epidemia. Por ejemplo, algunas empresas embotelladoras de bebidas gaseosas o cerveza pueden agregar condones a su cadena de distribución, de modo que se disponga de preservativos en todos los lugares nocturnos del país. Las agencias de publicidad también pueden elaborar mensajes comerciales gratuitos que promuevan el cambio de comportamiento, y las emisoras radiales dar el espacio para pasar programas relacionados con el VIH.

Respete el tiempo y la posición de las personas y siempre haga seguimiento

La responsabilidad de un gerente de una gran empresa minera es dirigir una compañía que distribuye minerales a sus clientes y genera ingresos a los accionistas. No debe esperarse que esta persona participe en un taller sobre el VIH y el sector privado ni que se reúna por una hora con los funcionarios de salud pública. Una solicitud de reunión con toda seguridad será delegada al departamento de relaciones públicas o recursos humanos. Esto puede ser un punto de partida útil para comunicarse con una compañía, pero no es allí donde se toman las decisiones.

En vez, será mejor comunicarse con un alto ejecutivo en un lugar que sea para él o ella de reunión habitual. Por ejemplo, en muchos países hay cámaras de comercio o industria que hacen almuerzos a los que van muchos ejecutivos porque son una buena oportunidad de relacionar-

se. Si se pudiera hacer una presentación sobre el VIH y la fuerza laboral en ese ámbito, sería útil para introducir conceptos clave a varias personas influyentes simultáneamente. También permite elaborar una lista de contactos y crear un punto de partida para hacer seguimiento.

La profesión legal

En algunos países, los abogados han tenido una función fundamental en la promoción de los derechos de las personas afectadas por el VIH y el sida y sus comunidades. Muchos problemas constantes de la prevención del VIH y el sida tienen raíces estructurales en la ley. Por ejemplo, atacar la transmisión del VIH por uso de drogas inyectables es muy difícil, ya que los programas de reducción de daños son ilegales. La reducción de los efectos negativos de la infección es difícil si los niños con VIH pueden legalmente ser excluidos de la escuela.

Muchas de las recomendaciones relacionadas con la presentación de datos al sector privado se aplican a la profesión legal. Es necesario presentar lo que se espera conseguir de manera concreta, comunicándose por medio de mecanismos ya existentes, como almuerzos profesionales cuando sea posible, y evitando hacer perder el tiempo a la gente. El contenido del mensaje variará, dado que los abogados, más que preocuparse por las ganancias de la empresa, se ocupan de los procesos, derechos, responsabilidades y conceptos de equidad y justicia.

Presentación de datos a la prensa

Se han escrito volúmenes enteros sobre la forma de presentar datos a la prensa. En esta sección se tratan brevemente algunos conceptos. Se da información adicional por separado en el Anexo 3.

Periodistas: ¿amigos o enemigos?

Mucha gente, especialmente funcionarios de gobierno, tiene gran reserva al tratar con los periodistas. No obstante, los medios de difusión sean probablemente la herramienta más poderosa para lograr los objetivos de la abogacía. La televisión, radio, los periódicos y revistas pueden llegar a la gente que no está al alcance de los funcionarios de salud pública. Los medios de difusión publican historias sobre el VIH y el sida con nuestro aporte o sin él. Al trabajar con los

periodistas, los funcionarios de salud pública pueden aumentar significativamente la posibilidad de que la información sea exacta y equilibrada. La prensa también puede ayudar a crear apoyo político que permite ampliar el éxito de los programas de prevención y atención del VIH y el sida.

En general, los periodistas pueden verse como amigos. Vale la pena hacer el esfuerzo de desarrollar relaciones con periodistas de confianza de medios de difusión clave. Por un lado, si se les provee información fiable de manera regular, los periodistas pondrán más atención para asegurar que nunca se cite mal a quien está informando y reflejarán el mensaje con más exactitud.

Cómo lograr lo mejor de la prensa

Existen reglas básicas para sacar el máximo provecho de la prensa (véanse más detalles en el Anexo 3).

- Aprenda quién es quién
- Siempre devuelva las llamadas de la prensa
- Respete los plazos
- Trate de dar información escrita, especialmente los datos y los nombres
- Indique claramente a quién atribuir las noticias y las citas (Recuadro 15)
- Aclare rápidamente los errores

Recuadro 15. Ejemplo de cómo citar y atribuir la información

Información oficial

“Las nuevas estimaciones indican que hay más de 2 millones de personas que viven con el VIH en el país; alrededor de 200.000 necesitan inmediatamente medicamentos para prolongar su vida” dijo Esther Mwambe, Epidemióloga Principal del Programa Nacional de VIH y Sida. “El problema es que solo tenemos dinero para comprar medicamentos para 2.000 personas. Es una tragedia”, agregó.

Información extraoficial

Un funcionario de salud pública de alto nivel dijo que casi 2 millones de personas están infectadas por el VIH y que 1 de cada 10 necesita medicamentos ya, pero el gobierno solo tiene plata para 1 de cada 100. “Es una tragedia”, señaló el funcionario.

Antecedentes

Los críticos señalan que el presupuesto de medicamentos no es suficiente para satisfacer las necesidades.

Uso activo de la prensa

Hasta ahora, la discusión se ha concentrado principalmente en la forma de trabajar con la prensa cuando sus representantes se acercan a usted. La mejor forma de usar la prensa para transmitir mensajes de salud pública y otra información, incluida la de la vigilancia, es de asumir una actitud activa y acercarle los mensajes que uno quiere transmitir. Esto significa que hay que “vender” activamente la información o las historias a la prensa.

La presentación de los mensajes para los periodistas es distinta a la de otras audiencias por una sola razón: la gente no mira televisión, escucha la radio o lee los periódicos en busca de información, sino en busca de historias.

He aquí algunos aspectos a tener en cuenta cuando se entreteje información sobre el VIH en un mensaje para los periodistas (véase el Anexo 3 para mayores detalles).

- Hágalo humano
- Hágalo positivo
- Hágalo noticioso
- Diríjalo a su audiencia

¿Qué constituye un buen comunicado de prensa?

En una rueda de prensa o evento en que se invita a periodistas de cualquier medio, se recomienda emitir de antemano un comunicado de prensa y llamar a los editores para asegurarse de que el comunicado fue recibido y el evento anunciado en el diario de prensa.

Un buen comunicado de prensa incluye los siguientes elementos (véase el ejemplo del Anexo 4):

- La historia se cuenta en el título.
- La ciudad y fecha preceden al primer párrafo.
- El primer párrafo contiene lo más noticioso e interesante de la historia.
- Para cualquier información nueva, se especifica claramente la fuente, por ejemplo: “Según estimaciones publicadas por el Centro Nacional de Epidemiología el jueves...”
- Por lo menos debe atribuirse una cita a un funcionario de alto nivel u otra persona influ-

yente. “Vemos con pesar la magnitud de la epidemia del VIH en el país, pero esta nueva información muestra signos optimistas de que estamos ganando la lucha contra la aparición de nuevas infecciones entre los adolescentes” señaló la Dra. Lai Kwok Jin, Jefa del Centro Nacional de Epidemiología.

- Cuando se presentan datos, el comunicado de prensa debe llevar por lo menos una gráfica, y por separado un cuadro con las cifras que se reflejan en la gráfica, de modo que esta pueda reproducirse.
- Debe prepararse una conclusión concisa y orientada a la acción.
- Debe darse el nombre de una persona a la que se pueda llamar para pedir más información e incluir el número de teléfono y dirección electrónica, de ser posible. Esta persona debe ser real y saber que será el contacto en relación con el comunicado de prensa en cuestión. Asimismo, deberá estar disponible por teléfono en el número indicado por lo menos por dos días en torno a la rueda de prensa.
- Todo esto debe estar contenido en dos páginas de texto o menos.

La conferencia de prensa

Este mecanismo es uno de los más comunes de interacción con la prensa. Algunos aspectos clave son (véase el Anexo 3 para mayor información):

- Planéela con anticipación.
- Invite por carta, fax y correo electrónico, haciendo seguimiento por teléfono.
- Hágala corta.
- Elija buenos expositores.
- Piense en oportunidades para tomar fotografías.

Suministro de información a las organizaciones internacionales

Existe un número pequeño pero creciente de organizaciones internacionales que mantienen bases de datos sobre el VIH y aspectos afines. Entre ellas, están ONUSIDA, la OMS y sus oficinas regionales como la OPS, UNICEF, la Oficina de Censos de los Estados Unidos de América y varias universidades y programas de

investigación que reciben financiamiento de organismos internacionales para recolectar datos, como son los Proyectos MEASURE de encuestas de demografía y salud, MEASURE de Evaluación y Sinergy.

Estas organizaciones, por lo general, no requieren que los datos se presenten de manera especial, ya que tienen personal designado que puede transformar la información para utilizarla en sus bases de datos, si fuera necesario. Sin embargo, vale la pena incluir a estos organismos en las listas de distribución de cualquier dato sobre VIH, ITS o vigilancia del comportamiento.

El aporte de datos a tales organizaciones es un tema de interés propio, porque muchas tienen que preparar estimaciones y proyecciones periódicamente, ya sea que tengan acceso a datos recientes, completos y exactos o no. Si se les hace llegar la información oportunamente, sus bases de datos reflejarán la situación actual con más exactitud que si tuvieran que trabajar con datos parciales y anticuados. Dado que varias de las organizaciones internacionales más grandes y agencias donantes también usan esas bases de datos para tomar decisiones sobre financiamiento, mientras mejor se refleje la situación actual, más posibilidades habrá de conseguir recursos adecuados a la situación.

En el Anexo 5 se incluye una lista de las bases de datos internacionales, sus temas de interés y detalles de contactos.

Cómo usar los datos con buenos resultados: el contenido

En la sección anterior se describió la presentación de la información, que debe ser diferente según el tipo de audiencia. El contenido debe ser correcto y también estar bien presentado. Hay algunas reglas comunes, tratadas en esta sección, que mejoran la eficacia de la presentación de los datos, al margen de la audiencia a quien esté dirigida.

Llame la atención de la gente

El tiempo para transmitir los puntos más importantes es limitado, por lo tanto, es importante lograr un impacto desde el principio. Los pun-

Recuadro 16. ¿Cuenta bien la historia esta presentación?

Si ya se pensó en el objetivo y en la audiencia, ya debería saberse cuáles son los puntos fundamentales de la información. Una buena forma de cotejar si la información que se va a presentar es la adecuada es imaginándose la siguiente situación.

Usted ha estado trabajando hasta tarde en la oficina para terminar la presentación para la reunión de mañana con el Grupo de Trabajo sobre Drogadicción. Va a cenar con dos amigos (ambos contadores) y llegará tarde. ¿Qué les va a decir?

Podría llegar y decir "discúlpenme por llegar tarde. Estaba terminando una presentación importante para el Grupo de Trabajo sobre Drogadicción". Al preguntarle sus amigos sobre el contenido de la presentación, usted dirá algo como "recientemente el VIH ha aumentado de manera explosiva entre los usuarios de drogas inyectables, y los nuevos datos muestran que la mitad de esas personas tiene relaciones sexuales con trabajadoras sexuales. Nadie usa condón, de modo que a no ser que establezcamos algún tipo de política de reducción de daños, la epidemia seguirá propagándose entre las trabajadoras sexuales y sus clientes".

Probablemente no les diría "hicimos un estudio muestras múltiples estratificadas entre usuarios de drogas inyectables y encontramos que 20% tienen de 15 a 19 años de edad; 45, de 20 a 24 años y 30% de 25 a 29 años de edad. De todos los usuarios de drogas, 40% abandonó su educación en los primeros años de secundaria y solo 10% se graduó".

Piense en qué le diría a sus amigos. Lo más probable es que elija la información más importante e interesante. Esta es la información que tienen que mostrarse en las primeras imágenes de su presentación, en la primera página de un folleto o el primer párrafo de un comunicado de prensa.

tos clave deben transmitirse antes de perder la atención del público (Recuadro 16).

La gente acostumbrada a escribir trabajos científicos tiende a describir detalladamente primero los métodos y luego los resultados. Esta es la forma de escribir para los colegas que trabajan en investigación médica. No obstante, entre una audiencia lego, es posible que se pierda la atención en los primeros minutos de la presentación. Todo informe o presentación debe incluir suficientes detalles acerca de los métodos, de modo que el público pueda juzgar la calidad de la información. Pero, no hay que dar tales detalles al principio, es decir, no en el corto período con que se cuenta para transmitir los mensajes fundamentales.

¿Y qué?

Muy frecuentemente, las presentaciones de datos se limitan a seguir el orden de los formularios o cuestionarios. Dado que la mayoría de los cuestionarios sobre el comportamiento empiezan con las variables sociodemográficas, muchas presentaciones comienzan con gráficas de la distribución por edad de los encuestados y otra información útil para el análisis, pero no necesariamente interesante en sí misma.

La reacción de la audiencia de una presentación debería ser algo así: “Nunca me habría imaginado”, “no lo puedo creer”, “es sumamente preocupante”, “no está tan mal como yo pensaba”, “por suerte es así”. Lo peor que puede pasar es que ante una transparencia o gráfica, alguien piense “¿y qué?”. No obstante, hay que mantener en mente el objetivo de la presentación. No se recomienda escoger algunos resultados sensacionalistas con poca importancia para el programa (por ejemplo, porque afectan a un grupo muy chico de la población) con el solo fin de lograr una reacción de la audiencia.

Describe la situación en una narración

A esta altura, ya debería quedar clara la forma de determinar los objetivos y los mensajes clave: la historia que cuentan los datos. Generalmente es

bueno presentar los elementos fundamentales de la historia al principio, para llamar la atención del público. Sin embargo, como todo lector de novelas sabe, la narración o la historia pueden tomar distintas direcciones. Los datos también se pueden usar para narrar, guiando el pensamiento de la gente hacia el objetivo (Recuadro 17).

En el recuadro 6 se dio un ejemplo de lo anterior en relación con las acciones a tomar cuando el uso del condón es limitado. Cada barra de la gráfica representa un elemento de la historia y examina los supuestos acerca de las razones que tiene la gente para no usar condones en las relaciones sexuales comerciales.

Recuadro 17. Cómo contar el cuento: ejercicio de narración

Por años, la política oficial de gobierno ha sido promover programas de prevención en torno a la abstinencia, fidelidad y uso de condones. Sin embargo, dada la sensibilidad política del tema, los condones solo se promueven en círculos de adultos, como bares. La prevención entre los jóvenes se ha destinado a crear conciencia, promover la abstinencia hasta el matrimonio, seguida de una relación monógama por ambas partes.

Un nuevo análisis de una encuesta de hogares que incluía gente joven ha llevado a evaluar tal política. Con los datos de la Tabla 7, usted tiene que hacer recomendaciones a la comisión parlamentaria sobre el bienestar de la juventud con el fin de cambiar la política.

Cuadro 7. Datos sobre conocimientos, actitudes y comportamiento sexual obtenido de una encuesta de hogares entre jóvenes de 15 a 24 años de edad

	1990		1995		2000	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	n=2463	n=1895	n=2061	n=1560	n=2974	n=1954
Sabe de sida	97.0	96.8	98.2	100.0	99.0	99.1
Puede mencionar tres maneras correctas de prevenir la infección por VIH	NA	NA	0.9	1.9	4.5	2.6
Puede mencionar al menos una forma correcta de prevenir la infección por VIH	34.5	28.6	72.2	69.5	66.5	80.5
Sabe que una persona de aspecto saludable puede tener VIH	19.7	17.2	73.6	62.7	74.1	80.2
No comete errores de concepto importantes con relación al VIH	6.2	8.1	26.0	27.6	79.3	79.5
Puede mencionar al menos una forma correcta de prevenir la infección por VIH y no comete errores de concepto importantes	4.0	5.2	21.7	19.8	54.9	66.6
Usó condón en la relación sexual más reciente (de personas solteras que alguna vez usaron condón)	54.0	70.2	45.1	68.1	49.9	66.1
Usó condón en la relación sexual más reciente (de las personas solteras que tuvieron relaciones sexuales el año pasado)	6.2	12.8	9.3	28.4	14.8	42.4
Usó condón durante la relación sexual más reciente (de las personas solteras con parejas sexuales múltiples durante el año pasado)	7.0	34.2	14.2	38.1	16.0	43.6
Usó condón durante la relación sexual más reciente con una pareja extramatrimonial (de las personas casadas con pareja extramatrimonial el año pasado)	2.1	17.0	3.1	40.0	5.3	51.6
Usó condón durante la relación sexual más reciente extramatrimonial (de todos los jóvenes)	1.8	7.2	2.6	16.1	3.2	23.9
Relaciones sexuales recientes con pareja extramatrimonial	24.1	42.5	21.6	43.5	18.7	31.7
Sexualmente activo a los 15 años de edad	11.8	24.6	15.2	27.7	14.5	32.8
Sexualmente activo a los 18 años de edad (de los mayores de 18 años)	49.0	64.8	51.5	72.8	53.0	69.4
Mediana de la edad de la primera relación sexual	16.9	16.1	17.2	15.8	17.2	16.0
Tuvo relaciones sexuales prematrimoniales alguna vez	46.0	55.2	52.0	60.1	50.1	67.3
Tuvo relaciones sexuales prematrimoniales (de los sexualmente activos)	72.4	85.7	78.1	98.2	78.2	97.8
Tuvo relaciones sexuales prematrimoniales durante el año anterior (de los solteros)	39.6	49.2	38.9	53.2	32.4	57.9
Promedio de años que tuvo relaciones sexuales prematrimoniales (de los casados)	2.0	3.8	2.2	5.4	2.2	5.7
Relaciones sexuales con más de una pareja el año pasado (de los solteros que tuvieron relaciones sexuales el año pasado)	23.3	51.9	17.3	50.9	13.1	51.6
Relaciones sexuales con más de una pareja el año pasado (de los casados que tuvieron relaciones sexuales el año pasado)	4.7	38.9	2.5	29.8	1.6	29.8
Relaciones sexuales con más de una pareja el año pasado (de todos los jóvenes)	7.4	26.6	4.6	44.1	3.1	29.1
Usó condón alguna vez (de los solteros con más de una pareja sexual el año pasado)	38.2	41.5	17.2	58.5	30.9	68.1
Percibe que tiene riesgo moderado o alto de adquirir la infección por VIH (de los que tuvieron recientemente relaciones sexuales sin protección)	14.4	26.9	47.1	65.8	37.1	28.8

Piense en el mensaje clave de estos datos. ¿Cómo los usaría para elaborar una historia? Cuando haya terminado, refiérase al Anexo 1 donde se ofrecen algunas sugerencias.

Prevea las reacciones

Un truco para elaborar una buena historia consiste en prever la reacción de la gente a los datos y, anticipando las preguntas, integrar las respuestas en el texto o presentación. La historia anterior sobre el condón aplica en parte esta táctica, ya que sigue, por medio de una serie de explicaciones, el pensamiento de la gente previendo que este tiene su base en supuestos comunes acerca del conocimiento y comportamiento de los jóvenes.

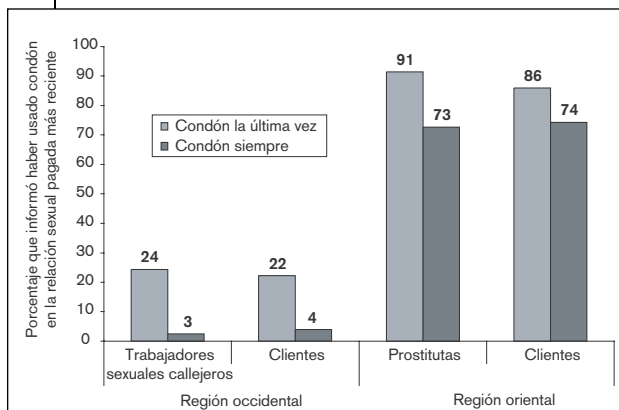
Esta táctica también puede aplicarse de manera más agresiva. Si se sabe que el público tiene una creencia sin base en la evidencia, a veces vale la pena hablar de ella antes de que se planteen objeciones. Por ejemplo, en muchos casos, especialmente cuando el público tiene antecedentes de medicina clínica, hay gran desconfianza en los datos de la vigilancia del comportamiento de cualquier tipo, dado que tal información es muy difícil de validar.

Al preparar informes o hacer presentaciones con datos sobre la vigilancia del comportamiento, uno debe convencer a la audiencia desde el comienzo de que vale la pena poner atención a esta información. Debe tratarse el tema de la validez de los datos desde el principio y darse por hecho de que son problemáticos. Luego se puede mostrar una gráfica sobre la coherencia interna de los datos. La Figura 15, preparada con datos reales, muestra claramente que diferentes grupos de una misma región, entrevistados por separado, dieron respuestas muy parecidas con respecto al uso de condones, con lo cual aumenta la confianza en la veracidad de las diferencias de los datos entre las dos regiones incluidas en la vigilancia.

Si la presentación se está dando a una audiencia que va a tener la oportunidad de hacer observaciones o preguntas, vale la pena anticiparlas y tener las respuestas listas. Por ejemplo, en un país en que los periódicos han publicado recientemente historias llenas de controversia sobre la

posibilidad de que el VIH pueda pasar a través de las moléculas de un condón de látex, se puede preparar una gráfica que muestre los resultados de estudios que demuestran la eficacia del condón. Si llegara a surgir el tema, muestre la gráfica y dé por terminada la discusión para regresar rápidamente al tema central.

Figura 15. Uso del condón en Karansia oriental y occidental, según datos informados por los propios usuarios, 2001. La información proporcionada por trabajadores sexuales y clientes coincide



Use datos de otros países y otras fuentes para llenar lo que falte

Este documento se escribió como si los lectores fueran de países en los que la vigilancia produce datos perfectos que satisfacen todas las necesidades locales de abogacía, lo cual nunca es el caso. Cuando se presentan los datos de la vigilancia local, puede usarse información de otras fuentes, incluso de otros países, para completar cualquier cosa importante que falte, siempre y cuando se indique claramente la fuente.

Puede ser especialmente útil usar datos de otros países en aquellos que registran tasas de prevalencia de la infección por VIH muy bajas según su propio sistema de vigilancia. Si los datos del comportamiento parecen mostrar perfiles de riesgo similares entre un país con una exposición a la infección relativamente nueva y uno en una etapa mucho más avanzada de la epidemia, ambos tipos de información pueden usarse conjuntamente para hacer notar el potencial de la epidemia, si no se toman las medidas correspondientes.

Uso eficaz de los datos: la presentación

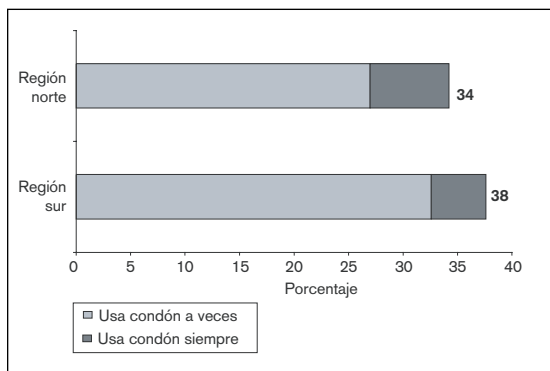
En este capítulo se dan recomendaciones para hacer presentaciones gráficas de la información de modo de lograr el máximo efecto posible.

Use los títulos para tener impacto

La mayoría de las personas que trabajan en salud pública puede mirar una gráfica o cuadro y entender de inmediato lo que muestra; sin embargo, hay mucha gente de otros campos de trabajo para quienes no es así. Tanto en gráficas, tablas y presentaciones es necesario usar títulos para indicar qué significan los datos y no solo para describirlos.

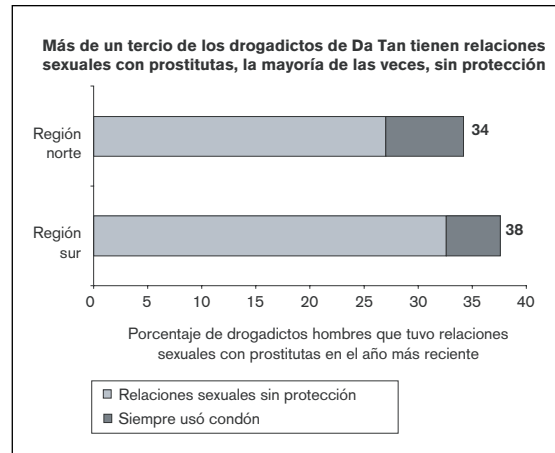
Observe las gráficas de las figuras 16 y 17. Son prácticamente idénticas, excepto por sus títulos y leyendas, que son diferentes. La Figura 16 tiene un título como se suele poner habitualmente, dando una descripción clásica del contenido de la figura. Usa un lenguaje corriente para los científicos (variable A, según variable B), pero no explica qué significan los datos.

Figura 16. Porcentaje de personas que tuvieron relaciones sexuales comerciales en los 12 meses más recientes, según frecuencia de uso de condón en dos poblaciones de hombres que se inyectan drogas, Da Tan, 2002



En la Figura 17, se usa un lenguaje corriente, tanto en el título como en las variables, para subrayar el mensaje clave en la mente de los lectores: este comportamiento tiene un riesgo alto de transmitir el VIH.

Figura 17. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables de Da Tan que visitaron prostitutas en 2001, y proporción de los que tuvieron relaciones sexuales sin protección



Este método podría traer problemas. Este tipo de figuras a menudo se prepara para presentaciones en las que alguien va explicando en detalle la descripción de los datos. En un documento, se pueden dar los detalles por medio de texto. Sin embargo, si la gráfica se recorta y se presenta fuera de contexto, se pierde información importante. Para reducir este problema al mínimo, se recomienda describir en detalle las coordenadas de la gráfica, como se muestra en el ejemplo anterior. Otra forma de reducir el problema, que se usa bastante en este documento, es usar títulos tipo periódico, pero detallando en la figura la descripción del contenido de la misma. Si la información provista por un cuadro o figura tiene limitaciones, hay que incluir estas en la figura misma, pues de lo contrario, se perderá esa información al reproducir la figura y llevará a que en algún momento se interpreten mal los datos.

Use las gráficas de manera inteligente

Los encabezamientos de las figuras son sumamente importantes para ayudar al lector a comprender e interpretar su contenido, pero hay otros elementos de las gráficas que también contribuyen significativamente a comunicar la información.

La regla fundamental es mantener las gráficas sencillas.

Evite usar elementos superfluos

Todos los elementos de un cuadro o gráfica tienen que contribuir información. Debe eliminarse de la gráfica todo elemento que no ayude a entender los datos presentados. Esto vale para todos los elementos que ofrecen los programas de computación más usados para hacer figuras, tales como marcos, sombras, cuadrículado de fondo y otros.

Use los colores creativamente

Es posible usar colores para dar más información en una gráfica. En general, se recomienda usar un estilo uniforme en un documento o presentación, y códigos de colores que sean de comprensión común. Si los datos se presentan como mapas, los colores deben ser convencionales, por ejemplo, azul para el mar, verde para la vegetación y amarillo para el desierto.

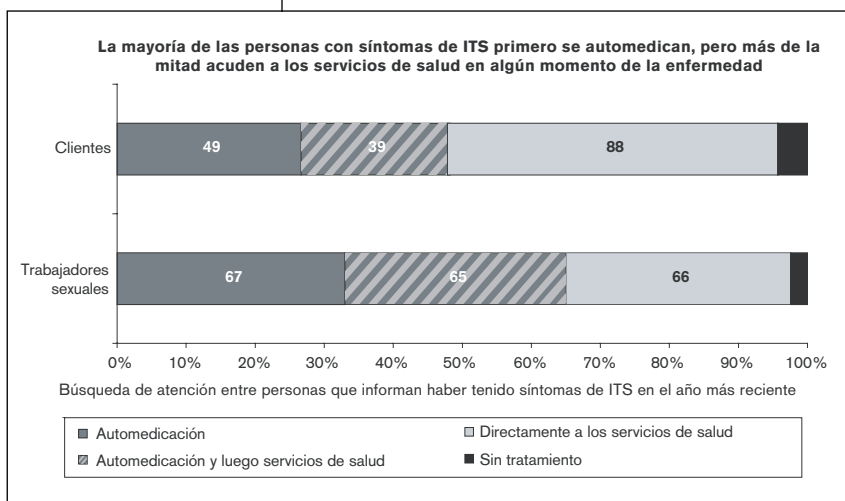
Para presentar gráficamente datos sobre el comportamiento relacionado con el VIH, piense en cuáles serían los colores más apropiados. Por ejemplo, en la Figura 17, podría usarse gris claro para el comportamiento relativamente más sano y gris oscuro para el comportamiento más peligroso (en vista de la convención occidental en la cual el rojo indica “peligro” o “alto” y el gris claro, “seguro” o “adelante”). Una razón que hace que la Figura 17 sea mejor que la Figura 16 es que atrae la mirada hacia el gris claro, es decir, hacia la actividad de más “peligro”. En la Figura 16, las relaciones sexuales con protección tienen un color mucho más fuerte, lo cual lleva a concentrar la atención en esa sección, a pesar de que es mucho más chica que el resto de la barra.

Si se está preparando una presentación o documento a color, evite usar “motivos” (rayas, puntis-

tos) en los colores de las gráficas, ya que distraen la atención de los datos sin agregar nada a cambio.

Como en toda regla, hay excepciones. En la Figura 18, en una de las secciones se usó color y, como motivo, rayas diagonales, pero había una razón. Esa sección es una mezcla de gris claro y gris oscuro. El gris oscuro se refiere a las personas que se automedicaron, el gris claro representa a los que fueron directamente a los servicios de salud, y el rayado, lógicamente, representa a quienes primero se automedicaron y al no curarse acudieron a los servicios de salud. En este caso, las rayas o motivo dan información acerca de la población y permiten entender mejor la gráfica.

Figura 18. Búsqueda de tratamiento de parte de trabajadores sexuales y sus clientes con síntomas de ITS en el año más reciente, Punto Azul, 1999 (los números que figuran en las barras representan el total real de personas en cada categoría)



Rótulos de los datos

Por lo general, es útil poner los números en las gráficas (en las barras, por ejemplo). Esto permite referirse a los números precisos y facilita la reproducción de figuras de manera exacta en caso necesario. No obstante, mucha información de ese tipo puede congestionar las figuras e interferir con la presentación clara de los datos, por lo cual es vital incluir solo aquello que es útil para la lectura. Fíjese en la Figura 17, cuyo objeto era mostrar que había una alta proporción de usuarios de drogas inyectables que tenía relaciones sexuales con prostitutas. En esa figura se incluyó

al final de la barra la proporción exacta de de usuarios de drogas inyectables que cumplía con esa condición. Es más, para subrayar lo alto de esta proporción, en la Figura 17 también se muestra la alta proporción de relaciones sexuales sin protección suficiente. Sin embargo, en el caso de estos últimos datos, no es importante que la audiencia sepa exactamente la proporción de relaciones sexuales sin protección, ya que se puede ver rápidamente que esa proporción constituye una mayoría importante. Por lo tanto, en la figura 17 no se ponen las cifras correspondientes a la sección de la barra que representa relaciones sexuales “sin protección suficiente”.

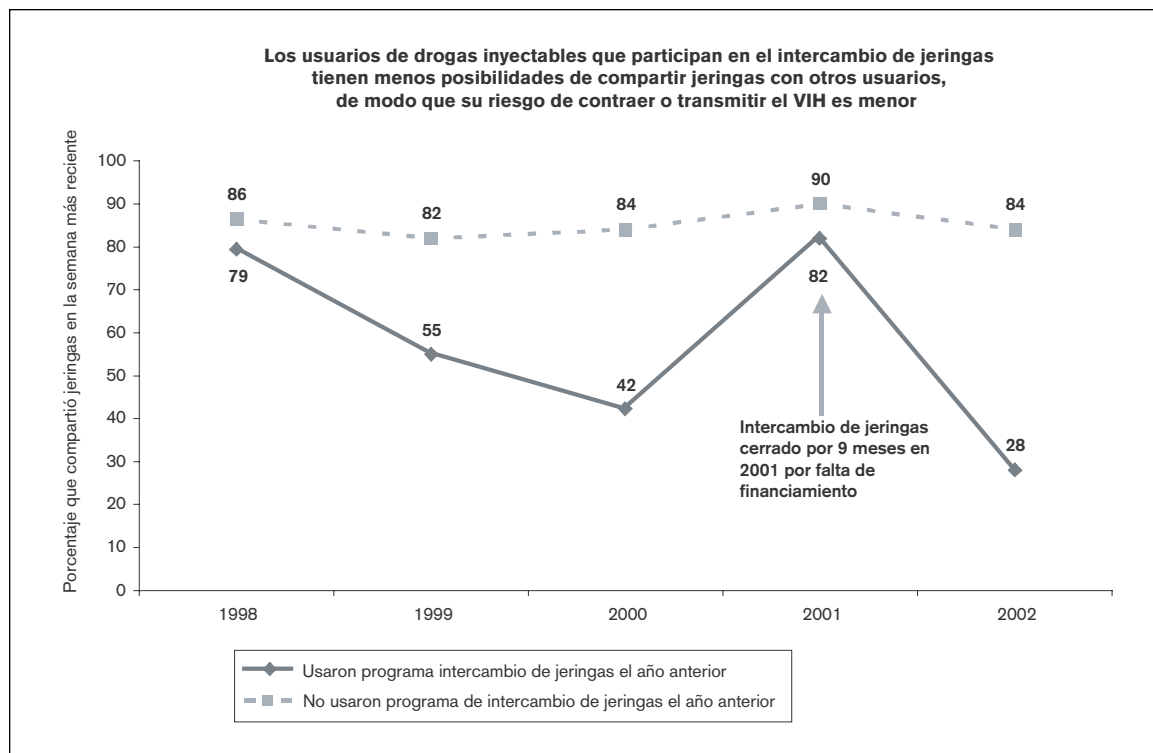
En la mayoría de los ejemplos de este documento, los porcentajes de las gráficas se aproximaron al número entero más próximo. Dado que los datos de la vigilancia por lo general tienen márgenes de error bastante amplios, presentarlos con uno o dos decimales puede transmitir una impresión falsa de exactitud. Por lo tanto, los miembros de la audiencia que se dan cuenta de que tal exactitud es falsa podrían cuestionar la validez de otras partes de la información.

Recuadros, flechas y otros elementos

A veces es necesario llamar la atención a ciertos aspectos específicos de una gráfica o algún cambio inesperado de una tendencia que requieren explicación. Una forma de hacerlo es marcando estos aspectos de manera especial para destacar lo más importante. Por ejemplo, se puede usar letra negrita o usar un color diferente. También se puede agregar texto o flechas directamente en la gráfica.

Fijese nuevamente en la Figura 13, que contiene datos sobre el comportamiento de inyección de drogas para ayudar a evaluar los efectos de un programa de intercambio de jeringas. En el texto se señalaba que “en la Figura 13 se muestra claramente que algo raro pasó en 2001, pero no es obvio a qué se debe”. Hubo que revisar los registros del programa de intercambio de jeringas para determinar que el programa había estado cerrado por un tiempo por falta de financiamiento. Ahora los datos están disponibles y se pueden agregar directamente en la gráfica (Figura 19) para reforzar el punto como abogacía.¹⁰

Figura 19. Uso de agujas compartidas entre quienes participaron y no participaron en el intercambio de agujas, Da Tan, 1998-2002



¹⁰ Los lectores interesados en mayor información sobre gráficas buenas les recomendamos que lean: Tufte ER. The Visual Display of Quantitative data. Cheshire, CT, Graphics Press, 1983. Tufte acuñó la frase “chart junk” (“gráfica basura”).

Programas de computación para hacer presentaciones

Los programas de computación para hacer y proyectar presentaciones, como PowerPoint de Microsoft, son actualmente herramientas corrientes en salud pública. Con este programa es muy fácil hacer diapositivas y plantillas o modelos de presentaciones adornados con logotipos y otros elementos decorativos. También permiten introducir efectos visuales, como frases que entran “volando” y series de datos centellantes.

Por lo general, tales elementos no agregan información a los datos y, por el contrario, distraen

la atención. Es mejor evitarlos, a no ser que agreguen algún valor a la presentación. Un buen ejemplo está dado por la Figura 6, en la que al presentar la historia del condón, sería útil mostrar las series de datos de a una en una, para mostrar la evolución.

Si las gráficas resultantes de estas recomendaciones parecen muy austeras, se les puede dar más vida incluyendo fotografías u otras figuras más ligeras alternadas con los datos. Lo importante es que no se distraiga a la audiencia con adornos que no agregan nada a la información mientras se miran los datos.

Uso integral de los datos: reunión sobre el análisis de datos interactivo, planificación y abogacía

En lo que va de este documento se han cubierto varios temas, entre los que se incluyen una variedad de asuntos y audiencias. Desde el punto de vista práctico, ¿cómo puede el escaso y sobrecargado personal de vigilancia o salud pública poner todo esto en práctica?

No es necesario hacer todo al mismo tiempo. No es posible usar bien los datos con solo haber hecho un taller de medio día tratando de cubrir todo de una vez. El uso de los datos se consigue por medio de un proceso continuo, que depende de las oportunidades y circunstancias locales y de los recursos disponibles.

No obstante, los diferentes usos de los datos no son necesariamente independientes. En esta sección se describe un posible punto de partida para una reunión sobre uso de datos que, durante tres días, puede cubrir muchas de las actividades y usos mencionados en las páginas anteriores y preparar el entorno para aún varios más (Tabla 8). Esto no es por ningún motivo una receta. Se elaboró con miras a un ámbito muy específico (una provincia relativamente rica bajo una estructura gubernamental descentralizada) y posiblemente no pueda adaptarse bien en otros lugares. Se incluye aquí para dar ideas acerca de las diferentes cosas que pueden lograrse con solo una reunión bien planificada sobre el uso de los datos.

Esta actividad requiere mucha preparación, con recopilación previa de datos del sistema de vigilancia (de VIH, ITS y comportamiento) y, en lo posible, de otras fuentes: censos, estimaciones de tamaño de las poblaciones, datos sobre encuestas de salud como las de demografía y salud y otros sistemas de información sanitaria (por ejemplo, los de tuberculosis y hepatitis y registros de los servicios). También requiere que los organizadores de la reunión estén preparados para trabajar mucho durante ella y dediquen las tardes a resumir el acontecer del día y analizar los datos para resolver preguntas pendientes.

El objeto principal de la reunión debe ser el uso de los datos para planificación y evaluación de programas locales. Por ende, los participantes clave son los trabajadores de salud pública, miembros de la junta de VIH y sida local y de la comunidad, organizaciones no gubernamentales, departamentos públicos y otras agencias que ofrecen servicios a las comunidades en riesgo, y servicios de seguridad (policía, por ejemplo), que tienen gran influencia en las condiciones locales en que se desempeñan los programas de prevención y atención del sida. En el tercer día de la reunión, los miembros de la audiencia se transforman en políticos, y los presentadores cambian también, ajustándose a las necesidades de la audiencia.

Tabla 8. Formato propuesto para una reunión de tres días sobre el uso de los datos de la vigilancia

Día 1		
Actividad	Presentador	Audiencia
Presentación de datos de manera interactiva	Presentación de datos de manera interactiva	Presentación de datos de manera interactiva
Resumen de los aspectos clave	Resumen de los aspectos clave	Resumen de los aspectos clave
Discusión de prioridades	Todos	Otros participantes clave
Día 2		
Preguntas pendientes	Personal de vigilancia	Otros participantes clave
Resumen de las prioridades	Personal de salud pública, otras organizaciones no gubernamentales y representantes de la comunidad	Otros participantes clave
Planificación con base en prioridades	Todos	
Día 3		
Resumen del plan de acción	Personal de la Comisión de VIH y sida	
Formulación de mensajes	Todos	
Finalización de la presentación	Todos	
Ensayo de la presentación interactiva	Funcionarios de salud pública y de organizaciones no gubernamentales designados	Otros participantes clave
Presentación a políticos	Funcionarios de salud pública y de organizaciones no gubernamentales designados	Políticos locales importantes y donantes
Conferencia de prensa	Políticos importantes, con apoyo de personal designado de salud pública y organizaciones no gubernamentales	

Antes de los discursos inevitables y habituales de este tipo de reunión del sector público en muchos países (no se incluyeron en la tabla anterior), debe darse a los participantes cinco minutos para llenar un cuestionario muy sencillo, de respuestas múltiples, sobre la situación del VIH y el sida en su ciudad. Las preguntas podrían incluir qué poblaciones son las más afectadas por el VIH en términos de su prevalencia de infección, cuáles las que tienen mayor número de infecciones, qué comportamiento fue el que aportó más infecciones en el año anterior y la proporción de uso de condón en las relaciones extramatrimoniales en el año anterior. Antes de que se dé inicio a la reunión, debe instalarse una exposición con un cuadro para mostrar gráficamente los datos, de modo que una vez que terminen los discursos inaugurales ya se hayan tabulado y “analizado” los datos y puesto en el cuadro. Con esto, se puede mostrar al principio de la presentación un panorama de las suposiciones con que llegaron los parti-

cipantes a la reunión, antes de compartir la información real. Este cuadro también proporciona información muy útil para discusiones posteriores y sirve de ejemplo práctico sobre el uso de los datos.

Actividad 1: presentación de datos de manera interactiva

El punto de partida fundamental de la reunión propiamente tal debe ser la presentación de los datos nuevos. La presentación de los datos debe prepararse con atención a los principios señalados anteriormente, vale decir, análisis, presentación, desarrollo de la historia y elementos audiovisuales. Una modalidad que puede aplicarse con éxito es la de utilizar un equipo de dos presentadores. Un funcionario de la oficina de vigilancia (por lo general el encargado de la vigilancia del VIH u otro cargo similar) presenta gran parte de los datos; un colega de una organización no gubernamental o un miembro

de una de las colectividades afectadas hace preguntas provocativas acerca de los datos e incita a la audiencia a darles más pensamiento y a manifestar sus reacciones desde el principio de la presentación. El diálogo entre los dos miembros del equipo de presentadores debe planificarse y ensayarse cuidadosamente para que todo salga bien.

La modalidad descrita en el párrafo anterior tiene varias ventajas. Sirve para acaparar la atención de la audiencia mejor que cuando solo una persona hace una presentación monótona; esto es importante cuando se presenta mucha información de carácter técnico. Se crea un interés de hacer preguntas y genera la oportunidad de pedir respuestas a la propia audiencia. El método parece funcionar bastante bien, aun en las culturas jerárquicas en las que el debate público es más bien limitado.

Cuando uno de los miembros del equipo de presentadores es externo al sector gubernamental, se da la oportunidad de traer a la discusión temas y puntos de vista polémicos que surgen de los datos, sin que sea necesario que el funcionario que hace la presentación tenga que llamar la atención a ellos. Por último, el equipo de dos personas permite desarrollar una historia coherente con la presentación, ya que el segundo presentador puede traer a colación explicaciones, supuestos y objeciones que permitan una buena transición entre una diapositiva y otra.

Es una buena idea tener a mano los datos de la vigilancia y los análisis correspondientes. Si los presentadores no pueden responder alguna pregunta de la audiencia inmediatamente, el analista de datos puede mirarlos y hacer un cálculo rápido para responder con base en los datos antes de seguir adelante con la presentación. Con esto se logra un debate mejor informado y se estimula a la agente a tomar una posición activa al examinar los datos para responder a los asuntos que puedan surgir en la discusión sobre las prioridades del programa.

Los organizadores de la reunión deben tener impresos de la presentación, pero no distribuirlos hasta el final de la misma. Los participantes deben poner toda su atención en la imagen que se presenta en el momento y participar en su discusión, sin estar mirando la versión impresa.

Actividad 2: resumen de los aspectos clave

Al finalizar la presentación interactiva de los datos, que puede tomar gran parte del primer día de la reunión, según la cantidad de datos disponibles y la discusión que se genere, los participantes deberán tratar de resumir por sí mismos cuáles son los puntos epidemiológicos y del comportamiento más importantes que surgen de los datos: ¿Cuáles son los aspectos clave? Este análisis puede hacerse individualmente o en grupos pequeños. Sea cual sea el método que se use, los participantes deben comprender que la pregunta está dirigida a seleccionar los elementos ilustrados por los datos que definen los problemas de la prevención del VIH y el sida y su atención, y que sugieren soluciones potenciales.

Actividad 3: discusión de prioridades

El objetivo principal de cualquier sistema de vigilancia es proporcionar evidencia de buena calidad para tomar decisiones y acción. Una vez que los participantes o grupos hayan determinado cuál es la información fundamental y, por lo tanto, los elementos clave, el próximo paso será discutir que significa esta información en relación con la programación: ¿Qué cabe hacer al respecto?

El resumen de los aspectos fundamentales lleva directamente a una discusión sobre prioridades. Las personas provenientes de diferentes sectores y comunidades y con distintas experiencias tendrán propuestas diferentes sobre las prioridades de acción. Un grupo de trabajo podría haber estudiado toda la información disponible y acordado que uno de los elementos importantes señalados por los datos tiene que ver con que las trabajadoras sexuales de prostíbulos usan mucho menos el condón que sus congéneres que trabajan en clubes nocturnos de alto nivel. Hasta ahora todo va bien. En la discusión sobre acciones prioritarias, un participante señala que la información obviamente sugiere que se necesita hacer más programas de extensión por pares en los prostíbulos. Otro grupo dice que es esencial comenzar programas para promover el uso del condón entre obreros bien pagados, de mucha movilidad, que son los clientes principales de las trabajadoras sexuales de prostíbulos. Un tercer grupo sostiene que la solución obvia es quemar los prostíbulos y un cuarto par-

participante, que estos datos tienen poca importancia porque los clientes son todos de distintas provincias y, por lo tanto, el departamento de salud local no tiene ninguna responsabilidad con respecto a ellos.

Este es un buen momento para hacer un alto y buscar consenso entre los participantes acerca de los hechos y corregir cualquier malentendido o error de concepto pendiente. Por esto es imprescindible que los moderadores tengan un buen conocimiento de los datos.

Actividad 4: preguntas pendientes

Es posible que surjan algunos asuntos durante la discusión que sean difíciles de analizar en el momento; podrían requerir volver a codificar o manipular los datos de manera diferente. Esto puede hacerse en la noche y contestar cualquier pregunta pendiente al principio del programa del segundo día.

Actividad 5: resumen de las prioridades

El segundo día debe comenzar con un resumen de las prioridades para la acción señaladas por los participantes durante el primer día, es decir, un resumen único y coherente de las prioridades señaladas por el grupo en su conjunto. No se trata de retroalimentar a los grupos de trabajo. Esto se hace en la forma de una presentación corta, preparada durante la noche anterior, que luego constituye la base de la próxima actividad de planificación.

Actividad 6: planificación con base en prioridades

A esta altura, los participantes ya han decidido cuáles son los aspectos centrales (con base en la evidencia proporcionada por los datos de la vigilancia) y determinado algunas acciones prioritarias que puedan ser resueltas por los programas. No obstante, es necesario hacer planes más concretos para que estas prioridades estratégicas relativamente vagas se conviertan en programas eficaces de prevención y control. La discusión debería evolucionar desde “cuál es el problema” y “qué hacemos para resolverlo” a “cómo lo resolvemos”. (Véase el Recuadro 18.)

Tal discusión es esencial para pasar de la información a la planificación, porque permite a las personas encontrar sinergia y elementos comunes en su esfuerzo hacia una meta común. También permite mantener discusiones racionales sobre las ventajas comparativas de cada uno en un campo que es a menudo muy competitivo.

Las discusiones a veces son mejores cuando se desarrollan en grupos pequeños, que pueden ser previamente seleccionados, para juntar a ciertas personas o instituciones que podrían tener oportunidades de cooperación. Nuevamente, es indispensable contar con buenos moderadores que tengan credibilidad para mantener el debate centrado en lo que corresponde.

Recuadro 18. Ejemplo de análisis de los datos y planificación en acción

Se presentaron datos que mostraban que el condón se usaba con muy poca frecuencia en las relaciones sexuales comerciales. Solo 25% de las trabajadoras sexuales informaron que habían tenido síntomas de infecciones de transmisión sexual durante el año anterior. De ellas, solo la mitad había consultado en establecimientos de atención de la salud. Sin embargo, 73% había recibido una inyección en el mes anterior “para prevenir las ITS y el VIH”. El departamento de salud solía dar inyecciones de penicilina periódicamente a las trabajadoras sexuales, pero el programa se canceló hace algunos años, dado que no servía para controlar las ITS más comunes. La vigilancia de las infecciones de transmisión sexual indicaba que 48% de las trabajadoras sexuales tenía en el momento una ITS.

Los participantes de la reunión señalaron como evidencia el hecho de que la prevalencia de las ITS asintomáticas era alta, poca gente solicitaba atención y se había continuado dando las inyecciones a pesar de su falta de eficacia, creando posiblemente una falsa sensación de seguridad entre las trabajadoras sexuales y restándoles motivación para usar el condón.

En los grupos de trabajo, el funcionario del ministerio de salud sugirió dar prioridad a la capacitación del personal de enfermería de los centros de atención primaria en atención sindrómica de las ITS. Una representante de una



organización de trabajadoras sexuales indicó que tal actividad no serviría, porque estas personas no se atienden en esos servicios. El grupo solicitó al analista de datos mayor información sobre la conducta relacionada con la búsqueda de atención. El análisis detallado realizado por un funcionario de vigilancia en el momento mostró que la trabajadora sexual tenía razón, ya que solo 6% de las personas con síntomas de ITS había solicitado atención en servicios de atención primaria, proporción similar a la que solicitó atención en la clínica cercana al prostíbulo. Cuarenta por ciento consultó a médicos particulares y la mitad no solicitó atención alguna.

En este punto de la discusión, un miembro del grupo, presidente del consejo médico local y especialista de ITS, se quejó de que los médicos particulares sufrían las limitaciones causadas por la falta de normas nacionales de manejo sindrómico de las ITS. El funcionario del ministerio asombrado por esta noticia, señaló que las pautas se habían publicado hacía más de un año y se ofreció a hacer arreglos para que el personal del ministerio realizara sesiones de capacitación sobre el manejo sindrómico de las ITS para médicos del sector privado, ofrecimiento que fue aceptado instantáneamente.

Una participante del ministerio de asuntos sociales señaló que la mitad de las trabajadoras sexuales no recibía tratamiento alguno, principalmente porque no querían ir a las clínicas públicas y no podían pagar los servicios privados. También se opuso a dar más capacitación a los médicos privados, argumentando que ello los llevaría a aumentar sus aranceles y limitar más aun el número de trabajadoras sexuales con acceso a su atención. La representante de las trabajadoras sexuales propuso la idea de que el ministerio de salud diera la capacitación a los médicos privado, quienes luego atenderían a las trabajadoras sexuales que les fueran referidas por los servicios de extensión. A cambio, los médicos darían tratamiento según las normas nacionales de atención sindrómica de las ITS por un precio previamente establecido.

Después de una discusión acalorada, el grupo de planificación propuso una buena solución a un problema prioritario.

Actividad 7: resumen del plan de acción

Los planes de acción elaborados por los participantes pueden resumirse al comienzo del tercer día, con el fin de que todos estén de acuerdo antes de salir al público. Puede ser útil que el resumen lo presente una persona con amplia representación de los participantes, por ejemplo, uno de los miembros principales de la junta multisectorial de VIH/sida.

Actividad 8: formulación de mensajes

El resto de la reunión debe destinarse a comunicar información y decisiones clave a otros, comenzando por quienes toman decisiones de política y luego la prensa. Todos deben participar en la presentación del material a las diversas audiencias y, según las circunstancias, podría ser necesario hacer presentaciones distintas para los políticos y conferencias de prensa. Aun cuando se use la misma presentación, los participantes de la conferencia de prensa necesitan contar con un resumen de los mensajes más importantes y alguna información estadística esencial. Se puede repartir un resumen de la presentación final a los políticos. Asimismo, casi con toda seguridad, será necesario preparar una hoja resumen para la prensa, aunque se haya distribuido un comunicado con anterioridad.

En la práctica, las discusiones de los dos primeros días mostrarán claramente los puntos que

los participantes consideran más importantes según los datos presentados y qué proponen hacer para resolverlos. Esto implica que habrá que preparar borradores de los mensajes clave en la noche del segundo día para discutirlos y finalizarlos a esta altura de la reunión. También se puede preparar otro material, en borrador, y ajustarlo según sea necesario después de las últimas discusiones.

Recuerde que esta presentación es para individuos que pueden decidir si se ha de poner en práctica el programa propuesto. Indique directa y exactamente lo que se necesita de ellos para tener éxito en la lucha contra el VIH y el sida y sus repercusiones.

Actividad 9: finalice la presentación

Debe prepararse el borrador de la presentación final en la noche. Será necesario contar con láminas que resuman el plan de acción y otros cambios que haya que hacer a la luz de la discusión final.

Actividad 10: ensayo de la presentación

Normalmente, la presentación no debe durar más de 15 a 20 minutos. Deberán hacerla los participantes de la reunión, y puede usarse el mismo mecanismo de dos expositores utilizado en la presentación de los datos durante el primer día de

la reunión. Los expositores podrían ser los mismos u otros seleccionados por los participantes, que se hayan destacado por su compromiso y elocuencia durante la reunión. Quienquiera sea el que presente, es indispensable practicar la presentación, especialmente si se usa el método de dos expositores. El expositor debe practicar por sí solo en presencia de un moderador una vez y una vez más en presencia del resto de los participantes, con el fin de adquirir soltura y dar la oportunidad al resto de asistentes de verificar que sus posturas se representan fielmente.

En el caso de expositores sin experiencia en presentaciones ante audiencias de alto nivel político, las notas preparadas de antemano como parte de la presentación pueden ser útiles. El ensayo debe llevar a los expositores a hacer su presentación sin ayuda de las notas, pero siempre da seguridad tenerlas a mano.

Actividad 11: presentación de los mensajes clave a los políticos

A los políticos de alto nivel jerárquico (ministros, gobernadores provinciales y parlamentarios) se

los invita a la sesión final solamente, durante la cual reciben los mensajes más importantes: los datos indispensables, las prioridades surgidas del análisis de los datos y la prioridad del plan de acción. El mensaje clave corresponde a lo que ellos pueden hacer, dicho de manera muy específica. Recuerde que estas personas tienen su día muy ocupado. Es posible que haya que solicitar su presencia con varios meses de anticipación y programar la visita según su disponibilidad.

Actividad 12: conferencia de prensa

Idealmente la conferencia de prensa debería darla el político del más alto nivel que haya estado presente en la sesión final, junto con uno o dos participantes de la reunión (en lo posible, por lo menos uno que represente a una de las colectividades más afectadas). Con suficiente tiempo, prepare a este político de alto nivel, por medio de su oficina, para asegurarse de que está al tanto del tema y sabe claramente los puntos a destacar. Ofrezcale materiales para su presentación, si es necesario. En las notas incluya una sección sobre los temas más polémicos que la prensa podría sacar a colación y sugiérole algunas respuestas apropiadas.

Publicación de un informe nacional sobre VIH y sida

En este documento se ha mencionado varias veces la idea de un informe nacional de VIH y sida. Hay diversas maneras de presentar los datos de la vigilancia de manera impresa. Por ejemplo, algunos querrán ver panfletos dedicados a su tema de interés particular. No obstante, muchos países, incluso la mayoría de los industrializados, producen informes de vigilancia periódicos que tienen por objeto recopilar todos los datos importantes. Los informes de vigilancia son sumamente valiosos, pero a menudo son áridos y un tanto técnicos y sus lectores principales se encuentran en el sector salud. Por lo general no cuentan la historia de la epidemia de una manera que capture la atención de la prensa, ministros de finanzas o agencias donantes, ni de personas que puedan tener interés en los aspectos humanos más amplios de la epidemia y no solo en los técnicos.

En años más recientes, algunos países han comenzado a producir informes nacionales sobre VIH y sida con características muy diferentes. Estos contienen los últimos datos disponibles, pero los presentan entrelazados en una historia que destaca asuntos emergentes y problemas clave; asimismo, más allá de presentar los datos, se hace una interpretación de los mismos. Por lo general, estos informes son diseñados por profesionales, con una diagramación atractiva e impresión de buena calidad. A menudo su lanzamiento a la prensa y al público se hace en ocasiones como el Día Mundial del Sida, y está a cargo de figuras destacadas. En muchos países, los informes de este tipo han servido para llamar la atención a la epidemia del VIH y sida y han llevado a un aumento significativo de financiamiento para actividades relacionadas con la enfermedad.

En secciones anteriores de este documento ya se ha tratado la mayoría de los aspectos claves de la elaboración de un buen informe nacional del VIH y sida. En esta sección solo se presentará una lista anotada de elementos (una para el contenido y otra para los aspectos operativos), con recomendaciones prácticas sobre algunos asuntos que hay que tener presentes cuando se planea y publica un informe nacional de VIH y sida.

El informe que aquí se describe, rebasa las necesidades de un informe de vigilancia corriente. En los países donde la epidemia no varía rápidamente y no se necesita llamar la atención del público a cambios importantes de situación, podría no ser necesario publicar un informe completo para consumo del público todos los años. Podría optarse por hacer un informe como el que se describe a continuación cada dos años, para que coincida con una conferencia mundial o regional bienal y complementarlo en el año intermedio con un informe dedicado exclusivamente a los datos de vigilancia.

Contenido de un informe nacional sobre VIH y sida

¿A quién está dirigido este informe?

No es posible satisfacer todas las necesidades con un solo informe. La mezcla de lectores es especialmente difícil cuando se tiene, por un lado, a los técnicos que quieren saber los detalles de los métodos de muestreo e intervalos de confianza y, por otro, a un público general que quiere saber por qué la infección por VIH debería interesarle. Para este tipo de informe debe sacrificarse el primer grupo en beneficio del segundo.

¿Cuál es el mensaje que se quiere transmitir?

¿Cuál es la historia? Esta debería surgir directamente de los datos que se usarán en el informe.

De los datos disponibles, ¿cuáles cuentan la historia?

Normalmente se dispone de datos sobre el VIH, el comportamiento y la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. También es posible que se disponga de datos de estimaciones nacionales, estudios de investigación, encuestas de hogar (de demografía y salud, por ejemplo), evaluación de programas y sector privado (como venta de condones). Es necesario decidir si el informe se va a limitar a los datos del sistema nacional de vigilancia o si se usarán también las otras fuentes de datos mencionadas. Se recomienda usar todos los datos fidedignos, aunque es necesario conocer bien las diferentes fuentes

de información.

Muchos de los informes clásicos de vigilancia comienzan con el número y la distribución de casos de sida; algunos también incluyen los casos notificados de VIH. Mayormente, estos datos son reliquias de la era anterior al establecimiento de sistemas de vigilancia de segunda generación, y su valor depende del sistema nacional de vigilancia. Con la excepción de unos pocos países industrializados que cuentan con sistemas de salud muy buenos, los informes de casos de VIH son muy parciales. Los informes de casos de sida pueden ser mejores, pero reflejan la situación de la epidemia con un atraso de 10 años. Dado que el informe nacional tiene por objeto contar la historia de la epidemia actual, es mucho mejor utilizar datos que reflejen el momento con más exactitud, por ejemplo, los de la vigilancia centinela de la infección por VIH. En lo posible, debe evitarse usar ambos tipos de datos, ya que se genera confusión y acusaciones de que el gobierno está tratando de minimizar la epidemia utilizando la notificación de los casos como dato "oficial", a sabiendas de que el número de casos representa solo una fracción de las infecciones.

Estructura del informe

La estructura del informe depende de la naturaleza de la epidemia y de la historia que se quiere contar. Puede estructurarse en torno a los comportamientos de riesgo, describiendo la contribución de cada tipo de comportamiento de riesgo a la epidemia nacional. También podría presentarse como una historia que tiene una evolución lógica a través de las diversas opciones de prevención, o con respecto a la distribución geográfica. La estructura del informe debe decidirse claramente antes de empezar a redactarlo.

Otros elementos que se deben incluir

La mayor parte del informe tratará de la epidemiología actual del VIH y el sida en el país, y casi con toda seguridad incluirá gráficas que muestran algunos datos esenciales y a lo mejor algunos cuadros. Cada informe deberá tener agradecimientos y referencias. Hay otros elementos que podrían incluirse también. La información sobre factores socioeconómicos del país o de una zona en particular puede servir para interpretar los datos, especialmente si se espera que el informe tenga lectores internacionales, por ejemplo, en las agencias donantes. Las historias que tienen un contenido humano, por

ejemplo sobre un individuo afectado por el VIH, pueden ayudar a matizar los datos y presentar una epidemia más real a los lectores. En los informes de algunos países se incluyen estudios de casos sobre intervenciones y programas exitosos para transmitir al lector que hay cosas que se pueden hacer y que, de hecho, se están haciendo. Las lecciones de otros países pueden ayudar a interpretar los datos locales.

También se puede dar información sobre el programa nacional de VIH y sida, como su estructura, actividades y planes futuros. Los anexos deben incluir una lista de contactos clave (ministerio de salud, consejo nacional de VIH y sida, foro de organizaciones no gubernamentales, organizaciones no gubernamentales más importantes y colaboradores internacionales) con sus respectivos números de teléfono, direcciones electrónicas y páginas Web, cuando existan.

Muchos informes nacionales incluyen un prólogo firmado por un funcionario importante, a menudo el presidente de la república, ministro de salud o presidente de la comisión de VIH y sida. Cuando se le pida a alguien que firme el prólogo, es necesario asegurarse de que esa persona puede participar en el lanzamiento del informe.

¿Qué aspecto debe tener el informe?

Lo mejor es contratar a una empresa profesional que haga el diseño del informe, aunque el comité a cargo del documento debe tener alguna idea de su formato. ¿Se imprimirá a todo color, dos colores o blanco y negro? Esta decisión afectará las gráficas y los mapas. ¿Se usarán fotografías? ¿Valdrá la pena sacar los estudios de casos del texto y ponerlo en recuadros? ¿Se sacarán algunas citas del texto para poner en los márgenes destacándolas en letra negrita y con otro tipo de letra? Esta última estrategia sirve para llamar la atención a ciertos mensajes centrales.

¿Se presentarán cuadros adicionales en los anexos además de las gráficas con los datos más importantes que se pondrán en el cuerpo del documento?

El producto: la tarea práctica de producir el informe nacional de VIH y sida

La decisión sobre el contenido que tendrá el

informe es solo una parte de la tarea. Habrá que tomar varias decisiones para escribir y publicar el informe. A continuación se presentan algunas consideraciones importantes.

El plazo

Al planificar el informe, tome como punto de partida el plazo final de publicación y planifique hacia atrás. Vale la pena programar el lanzamiento del informe nacional simultáneamente con algún evento noticioso en relación con la epidemia, como el Día Mundial del Sida o una conferencia nacional, regional o mundial sobre el VIH y el sida. A partir de esa fecha, programe hacia atrás, hasta la primera tarea: distribución, impresión, aprobación final, lectura de pruebas, tipografía, diseño, edición, aprobación del contenido, redacción del borrador final, y continúe hasta incluir todas las etapas de la elaboración del informe. Planifique exactamente el tiempo que toma cada etapa y multiplíquelo por 1,5, excepto la aprobación del contenido cuyo tiempo debe multiplicarse por 2. Así se puede calcular el lapso de tiempo realista que tomará elaborar el informe nacional sobre VIH y sida.

La tabla 9 muestra un ejemplo de los tiempos de cada etapa, aunque estos varían según el país. La primera vez que se prepare el informe nacional tomará más tiempo, ya que el proceso no se conoce. En años subsiguientes se hará más rápido.

Presupuesto

El presupuesto afecta todo: el número de ejemplares a imprimir, el número de páginas, las opciones de diseño y de distribución. Antes de proponer el presupuesto sería útil calcular el costo de dos o tres opciones diferentes: una cara (a todo color, buena calidad de papel y muchos ejemplares impresos), una barata (por ejemplo, en blanco y negro y letra chica) y una opción intermedia. Con esta información será posible discutir los costos y beneficios y hacer una propuesta final más exacta. Al igual que en la elaboración del cronograma, incluya algunos fondos de contingencia en caso de que surjan problemas que generen costos adicionales (por ejemplo, al no cumplir con un plazo estipulado en la etapa de redacción se puede incurrir en costos más altos de edición, tipografía o imprenta para mantener el plazo final sin cambios).

¿A quién corresponde determinar el contenido del informe?

A menudo se conforma un comité para guiar la producción del informe, incluidas las decisiones sobre el contenido ya mencionadas. ¿Quién debe integrar el comité? La persona a cargo de la vigilancia u otra con responsabilidad similar, que conozca bien los datos de la vigilancia del VIH, las ITS y el comportamiento, es un miembro esencial del comité. También deben participar otros miembros del personal del programa nacional de sida o de la comisión, y podría haber representantes de otros sectores que podrían querer opinar. Debería haber al menos una persona que represente a la comunidad afectada, quizás de alguna agrupación de personas que viven con el VIH o de un foro de organizaciones no gubernamentales. El gobierno podría considerar de interés el incluir representantes de organizaciones internacionales y agencias donantes.

Si la lista se alarga demasiado, podría ser mejor constituir un comité directivo y un grupo de trabajo. El primero tendría la responsabilidad de discutir y determinar el contenido central del informe, mientras el segundo redactaría el borrador. Este documento sería revisado y recibiría comentarios del comité directivo y luego sería finalizado por el grupo de trabajo.

¿Quién escribe el informe?

Generalmente se supone que el comité redacta el informe, pero los documentos son escritos por personas y no por comités. Se recomienda con firmeza que el comité designe a una persona que escriba el borrador del informe bajo su dirección. Se puede recurrir a un escritor profesional, si ningún miembro del comité quiere o puede asumir la responsabilidad de redactar el borrador.

¿Quién aprobará el informe?

Por lo general, la comisión de control de VIH y sida o el ministerio de salud publica el informe nacional. Todos los documentos oficiales (y algunos que no lo son) deben ser aprobados. Es necesario determinar con tiempo cómo es el proceso de aprobación y anunciar a los involucrados por adelantado que estarán por recibir el informe y para cuándo este debe ser aprobado. A menudo el proceso de aprobación es un obstáculo importante para producir el informe a tiempo, no en razón de su contenido, si no porque los procesos burocráticos son lentos. Estos pueden acelerarse un tanto cuando se ha convenido con anterioridad la estructura y el cronograma

del proceso de aprobación.

¿En qué idiomas se publicará el informe?

La mayoría de los informes nacionales se publica en el idioma oficial del país o los idiomas oficiales, si hay más de uno. Sin embargo, podría valer la pena publicarlo también en inglés u otro idioma internacional si se ha programado lanzarlo al público simultáneamente con un evento internacional, por ejemplo, un congreso internacional, o cuando la comunidad de desarrollo internacional es una audiencia objeto del informe. Es necesario tomar esta decisión con tiempo, dado que la traducción puede prolongar significativamente el cronograma. En caso de que se requiera traducción, habrá que separar fondos para ello, seleccionar y comprometer al traductor y procesar los trámites con tiempo. Para lograr mayor beneficio con respecto al costo, podría traducirse un resumen para la audiencia internacional.

¿Quién diseñará el informe?

Un informe de esta naturaleza debe ser atractivo, por lo cual su diseño es importante. En algunos países el gobierno cuenta con su propia unidad de diseño. Cuando no se disponga de tal recurso, es necesario planificar el diseño con bastante anterioridad, con el fin de llamar a licitación y generar los contratos. La unidad o compañía de diseño podría beneficiarse de contar con un esquema del informe (con los diferentes títulos y subtítulos, y otros detalles) y algunas páginas de texto con una o dos gráficas con el fin de diagramar un modelo. El borrador del texto usado en esta etapa no necesita ser el final, ya que solo necesitan una idea general de la longitud de los párrafos, tipos de título y otros elementos necesarios para producir el mejor diseño.

¿Quién hará la edición del informe?

Una edición profesional mejora significativamente el informe nacional sobre VIH y sida. Para lograr un informe profesional, vale la pena contar con un editor con experiencia, que dé una mirada fresca al documento, asegure su coherencia y mejore la redacción para facilitar su lectura y comprensión. La edición se hace una vez que el encargado de la vigilancia (u otra persona que conozca muy bien los datos) y otros miembros del comité hayan dado su opinión técnica sobre el borrador y el contenido haya sido aprobado. En la planificación del informe a veces se cuenta con que el que lo redactó también ha editado el texto, pero los escritores saben lo que querían decir y corrigen los errores en su cabeza sin verlos en la página. El proceso de edición debería estar incorporado en el presu-

puesto y en el cronograma. Dado que los buenos editores pueden tener otros compromisos, es necesario contactarlos con tiempo. El escritor y el encargado de la vigilancia deberán leer y aprobar la versión editada antes de ir a tipografía.

¿Quién hará la lectura de las pruebas de página del informe?

Si la edición culminó con un texto corregido y aprobado, la lectura de prueba garantiza que la tipografía reproduce el texto aprobado exactamente. La lectura es un proceso tedioso, pero necesario, a pesar de los métodos electrónicos modernos de procesamiento de texto. La conversión de documentos electrónicos a tipografía a menudo introduce errores en las gráficas, tablas e incluso en el texto. El editor debe ser el principal lector de pruebas, aunque el escritor y el encargado de la vigilancia también deberían leer cuidadosamente el documento tipografiado.

¿Quién pagará la imprenta?

Esta decisión deberá tomarse desde el principio, ya que con base en ella se decidirán los colores y la calidad del informe.

¿Qué logotipos irán en el informe?

Nuevamente, es bueno lograr anticipadamente un acuerdo sobre este punto. ¿Tendrá los logotipos de la comisión nacional de sida y VIH y los del ministerio de salud? ¿Cuál deberá ser más importante? ¿Ha habido otras agencias que hayan hecho aportes a la producción o financiamiento del informe? ¿Los logotipos irán en la tapa o en la contratapa?

Distribución del informe

Un informe solo tiene valor si se lee, por lo tanto, es necesario difundirlo a los lectores, para lo cual se requiere una estrategia de distribución. Si habrá publicación electrónica del documento, los diseñadores deberán saberlo desde el comienzo para preparar los archivos electrónicos para publicar en la Web.

La estrategia de distribución

Habrà que decidir si se lanzará el informe a la prensa, en cuyo caso, la actividad debe planificarse mucho tiempo antes de que el informe esté listo. También habrá que decidir si el lanzamiento se hará en un solo sitio o en varios lugares del país. ¿Habrá interés de la prensa internacional? ¿Quiénes deberán ser los voceros en el lanzamiento del informe? ¿Líderes nacionales, personalidades, miembros de las comunidades

Tabla 9. Ejemplo de cronograma para preparar un informe nacional de VIH y sida que incorpore datos de la vigilancia serológica y del comportamiento

	Preparación del informe	Personas responsables	Proceso de aprobación	Personas responsables	Estrategia de difusión	Personas responsables
Semana del						
4 de junio	Juntar información		Costo estimado del informe		Estimar costo de la difusión	
11 de junio	Elaborar y presentar esquema		Aprobación del esquema			
18 de junio	Escribir el primer borrador				Identificar medios de difusión clave	
25 de junio					Identificar contactos clave	
2 de julio 9 de julio	Presentar el primer borrador		Aprobación del primero borrador			
16 de julio			Presentar correcciones			
23 de julio	Versión final					
30 de julio			Aprobación de correcciones			
6 de agosto	Editar y traducir				Planear viaje de promoción de prensa, contactar socios	
13 de agosto						
20 de agosto	Enviar el informe a diseño					
27 de agosto	Lectura de pruebas		Aprobación de pruebas		Informar a los socios	
3 de septiembre	Enviar informe a imprenta				Programar entrevistas	
10 de septiembre					Informar a la comisión local de VIH y sida	
17 de septiembre					Viaje de promoción de prensa	
24 de septiembre					Sesión de prensa en la capital y en provincias	
1 de octubre					Sesión de prensa en conferencia internacional	

¿Quién debe hacer qué?

Hay muchas formas de usar los datos y muchas actividades relacionadas con ellos. En esta publicación se ha supuesto que el programa nacional de VIH y sida o el encargado de la vigilancia es responsable de muchas de estas actividades, aunque hay otras divisiones laborales posibles. Por ejemplo, hay empresas de relaciones públicas que pueden estar mejor preparadas para manejar los datos en relación con la prensa, y algunas organizaciones no gubernamentales podrán estar en mejor posición que los funcionarios de la vigilancia para organizar la presentación de los datos y sesiones de retroalimentación con las colectividades afectadas por la infección. El personal de vigilancia a menudo tendrá que preparar presentaciones y sesiones de información para otros, incluidos ministros y políticos que tienen más acceso a la audiencia objeto.

En esta sección se tratan algunos aspectos importantes relacionados con la función y responsabilidad de la diseminación y uso de los datos.

Un buen liderazgo gubernamental es sumamente importante

Al margen de quienes sean los elegidos para llevar a cabo las actividades, es indispensable que el gobierno dirija el proceso, por varias razones.

La primera razón tiene que ver con la coherencia. Como se ha demostrado en este documento, un mismo dato puede presentarse de varias maneras. Cuando hay varios grupos que difunden los datos de la vigilancia a la misma audiencia o a grupos que se traslapan, sin que haya coordinación central, la audiencia puede recibir mensajes confusos que pueden llevar a acciones inconexas e incluso contradictorias.

La segunda razón es la credibilidad. Muchos de los socios involucrados en la utilización de datos en el terreno corresponden a otras agencias gubernamentales o trabajan en colaboración con el gobierno y tienen más posibilidades de responder a datos, interpretaciones y publicaciones oficiales que a cualquier otra información publicada por organizaciones no gubernamentales u otras instituciones.

La tercera razón es de carácter más práctico. La vigilancia es una función que compete al gobierno y, por lo general, al gobierno central. Dado que el gobierno es el que maneja el sistema de vigilancia, casi siempre a través del ministerio de salud, tiene acceso inmediato a los datos y, por lo tanto, está en posición de coordinar su uso. En algunos países ha crecido la tensión entre el ministerio de salud y la comisión multisectorial de VIH y sida por el derecho y la responsabilidad de controlar el uso de los datos y su publicación. Este tipo de situación debe resolverse por medio de discusiones francas que lleven a una división clara de funciones, de lo contrario, se corre el riesgo de que un grupo esconda los datos o restrinja el acceso a ellos a propósito, lo cual tendría un pésimo efecto en la vigilancia de la salud pública.

Las agencias donantes pueden apoyar o destruir un sistema de uso de datos eficiente

En el pasado, el uso de los datos ha sido fragmentario, pero en última instancia, también se han duplicado esfuerzos. Esto a menudo es resultado de anomalías promovidas por las agencias donantes que financian partes de la vigilancia o de los sistemas de recolección de datos. Cada agencia donante requiere un informe epidemiológico o de vigilancia para el cual proporciona métodos y resultados según el componente del sistema de vigilancia que financia. A veces, un único componente del sistema, como la vigilancia del comportamiento, recibe aportes de muchos donantes, de los cuales cada uno quiere un informe distinto. Algunos donantes financian a distintas instituciones que realizan tareas que se traslapan, como un informe de epidemiológico y otro de abogacía. Esto no es necesariamente malo, ya que siempre es necesario presentar los datos de distintas maneras según los usuarios a quienes estén dirigidos. El problema se genera cuando las organizaciones entran en competencia y se ocultan los datos en vez de compartirlos. En todos estos casos se puede llegar a un uso ineficiente de los recursos y generar confusión. También se limitan las posibilidades del país de sacar el máximo provecho de los datos de la vigilancia. Un objetivo clave de los sistemas de vigilancia de segunda

generación es usar datos de los sistemas de vigilancia del comportamiento, las infecciones de transmisión sexual y el VIH para lograr un panorama coherente de la epidemia del VIH y el sida.

La solución se encuentra en conseguir que las agencias donantes más importantes den su apoyo a un proceso de planificación coordinado en relación con los datos y a un esfuerzo para elaborar un informe del VIH y sida único, que incluya contribuciones de todos los componentes del sistema de vigilancia. Las agencias donantes deberían poder aceptar un informe único, completo y de alta calidad sobre la epidemia nacional como producto de los aportes a la vigilancia. Una ventaja de esta situación es que los datos de vigilancia generados por instituciones no gubernamentales recibirán más atención en el proceso de planificación programática, aunque esto no es siempre así. De hecho, los datos de la vigilancia del comportamiento y de encuestas de ITS a menudo han sido completamente ignorados durante el proceso nacional de planificación, porque no se ha hecho un esfuerzo para integrarlos en los sistemas nacionales de datos más allá de realizar un taller de diseminación.

Cuando el gobierno exhibe liderazgo (respaldado por el ministro de salud, si fuere necesario) se pueden reducir al mínimo las demandas de los donantes de recibir su “propio” informe. Se puede plantear a los donantes la elaboración de un informe único, y los agradecimientos y logotipos a incluir. Será menos doloroso poner el logotipo de una agencia en el reverso de la portada que desperdiciar recursos en un informe separado. Los gobiernos también pueden recalcar a los donantes que un informe nacional único sobre el VIH y el sida serviría para garantizar que los datos del sistema nacional llegaran oportunamente a las bases de datos internacionales.

Mecanismos para lograr un uso eficiente de los datos: el grupo de trabajo sobre vigilancia

Como objetivo, la eficiencia en el uso de los datos tiene valor, pero ¿qué mecanismos de coordinación existen? Uno que ha sido muy útil para mejorar la coordinación es el grupo de trabajo sobre vigilancia, que a veces puede tomar la forma de un grupo de trabajo de monitoreo y evaluación o de datos e investigación. La dirección del grupo de trabajo recae sobre un funcionario importante del ministerio de salud o de la comisión de VIH y sida y los miembros son las personas responsables de la recolección de datos y la vigilancia. Se incluyen personas de otros sectores de gobierno, investigadores de las universidades, empresas privadas que realizan investigación de mercado (por ejemplo, sobre uso de condón), asesores técnicos de organizaciones internacionales que apoyan la vigilancia y algunos donantes clave. También se invita a otros individuos e instituciones a participar en el grupo de trabajo esporádicamente, según el tema de discusión. Los miembros de las colectividades afectadas pueden participar como miembros o no. En caso de que no sean miembros, deberán estar entre los participantes esporádicos más frecuentes.

El grupo de trabajo otorga un buen foro para planificar el uso de los datos y puede asumir la responsabilidad central en cuanto a definir los mensajes clave y la audiencia objeto, además de asignar a diversas instituciones algunas tareas específicas de análisis y presentación de datos y abogacía. También constituye un buen punto de partida para designar un comité que elabore el informe nacional sobre VIH y sida.

El uso de los datos constituye una responsabilidad moral: planifíquelo

La vigilancia del VIH de segunda generación es un tanto intrusa, ya que incluye la obtención de muestras de líquidos corporales de la gente y preguntas sobre los aspectos más íntimos de su vida. Mantener este tipo de actividad a lo largo del tiempo es inaceptable moralmente, a no ser que los datos se usen activamente para mejorar la vida de las personas y comunidades que los proporcionaron.

En este documento se ha tratado de hacer hincapié en que los datos no deben usarse espontáneamente, y que su utilización requiere planificación, creatividad, bastante energía y dinero.

No debe obtenerse información sin saber de qué manera esta se usará para la planificación y evaluación de programas o en abogacía. Innumerables veces los miembros de las comunidades afectadas se someten a interrogatorios de media hora para proporcionar un conjunto de datos que luego se usará para producir tres o cuatro indicadores

clave. Se recomienda revisar cómo se utilizaron estos conjuntos de datos en el pasado y tratar de ampliar el análisis o eliminar las secciones del cuestionario que no se usan frecuentemente para acciones de abogacía o planificación. Si no se le ocurre cómo utilizar un dato en particular para la planificación, no lo solicite.

En algunos presupuestos de investigación o vigilancia se incluye una línea de gasto para un taller de diseminación y en otros no. Una buena utilización de los datos requiere mucho más que eso; será necesario invertir recursos significativos de vigilancia e investigación para lograr un buen uso de los datos. Como regla general, por lo menos 20% de los fondos de vigilancia y recolección de información deberán destinarse al uso de la información de la manera descrita anteriormente.

La verdad es que, a no ser que los datos de la vigilancia se usen bien, la información no tiene valor alguno.

Anexo 1

Respuestas de los ejercicios

¿Cuál es la historia? Una forma en que puede hacerse el ejercicio de preparar una narrativa (Recuadro 16)

Estos datos pueden presentarse de varias maneras. Una buena forma de construir una narrativa es guiando a los lectores o a la audiencia por una ruta lógica que refleje las ideas que respaldan el enfoque actual de la prevención, simultáneamente confirmando o cuestionando los supuestos. Esto sería particularmente apropiado existe el encargo específico de reevaluar las acciones de prevención actuales.

Piense en primer lugar en el enfoque actual de las acciones de prevención de la transmisión del VIH entre los jóvenes de esta población, que tiene por objeto principal crear conciencia sobre la infección, y en segundo lugar, promover la abstinencia sexual antes del matrimonio y la fidelidad mutua. No se promueve activamente el uso de condones entre esta población. Cada uno de estos factores debe analizarse por separado y, si la posición actual está fallando, deben explorarse las soluciones potenciales que surgen de los datos.

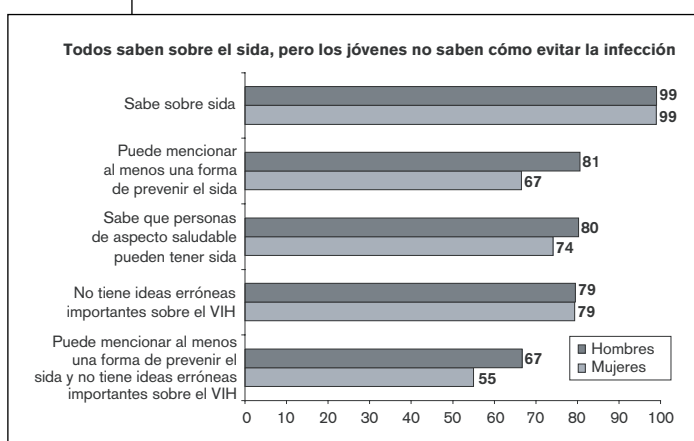
Conocimiento y comprensión: ¿Qué saben los jóvenes sobre el VIH y el sida?

A primera vista, parecería que el conocimiento es muy alto, ya que la mayoría de los jóvenes ha oído hablar del VIH y el sida, y más de tres cuartas partes de ellos saben que alguien de aspecto saludable puede ser portador del virus. No obstante, cuando se analiza esta información más detalladamente se observa que el conocimiento se va desvaneciendo con el tiempo.

Un tercio de las mujeres jóvenes no puede mencionar una sola forma de prevenir la infección por

VIH; apenas un poco más de la mitad puede mencionar una forma correcta de prevenir la infección y no tienen ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH. La situación de los hombres jóvenes es un poco mejor, pero su falta de conocimiento sobre algunos aspectos básicos es demasiado alta entre ambos sexos y, por lo tanto, inaceptable.

Figura A1. Conocimiento sobre el VIH y el sida entre individuos de 15 a 24 años de edad, por sexo, 2000

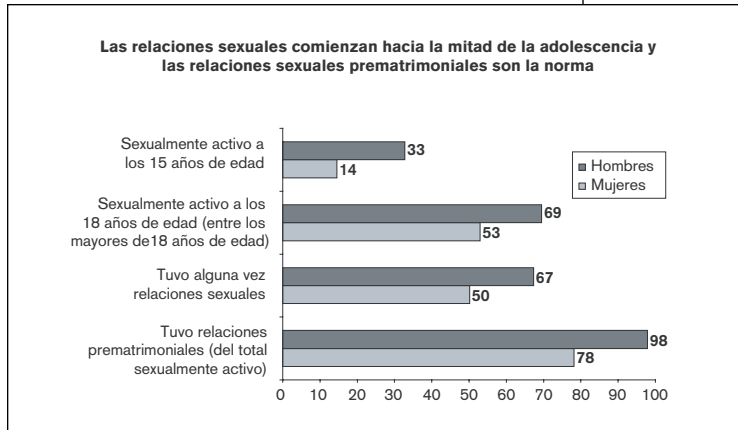


Abstinencia: ¿Están renunciando a las relaciones sexuales antes del matrimonio?

Los datos muestran claramente que el mensaje de "abstinencia hasta el matrimonio" no es muy eficaz. La mayoría de los jóvenes de ambos sexos inician las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad; entre los que informan haber tenido relaciones sexuales alguna vez, la mayoría de los hombres y 8 de cada 10 mujeres han tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. En promedio, los hombres pasan a ser sexualmente activos unos 6 años antes de casarse, y las mujeres, 2 años antes del matrimonio.

El inicio de las relaciones sexuales se da hacia la mitad de la adolescencia y las relaciones sexuales antes del matrimonio constituyen la norma.

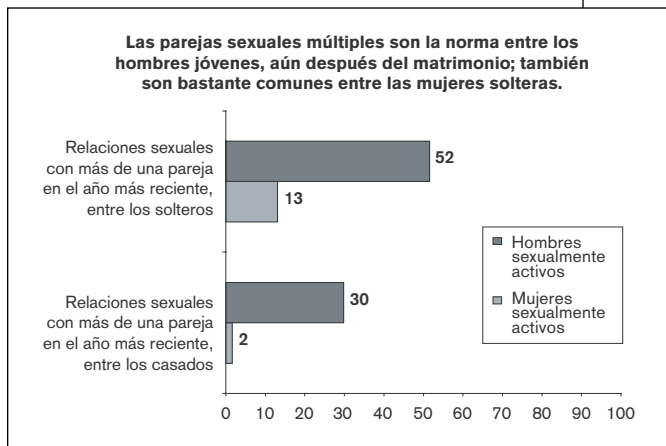
Figura A2. Inicio de las relaciones sexuales y experiencia de los jóvenes de 15 a 24 años de edad, por sexo, 2000



Monogamia: ¿Se mantiene la fidelidad mutua?

Las parejas sexuales múltiples son la norma entre los hombres jóvenes, aún después del matrimonio; también son bastante comunes entre las mujeres solteras.

Figura A3. Múltiples parejas sexuales entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, según estado civil y sexo, 2000



El mensaje que promueve la monogamia podría estar llegando a algunas mujeres, pero los hombres jóvenes no han adoptado dicho comportamiento. Más de la mitad de los que tienen relaciones sexuales prematrimoniales han tenido más de una mujer como pareja en el año más reciente. Es más, un tercio de los hombres casados ha tenido relaciones extramatrimoniales.

Condomes: ¿en qué grado se protegen las relaciones sexuales?

¡No lo suficiente! La gran diferencia entre hombres y mujeres en parte puede explicarse por el hecho de que algunas parejas extramatrimoniales informadas por los hombres podrían ser trabajadoras sexuales, con las que tienen más probabilidad de haber usado condones, pero que no se captan en las entrevistas a mujeres como parte de las encuestas de hogares.

En cualquier caso, gran parte de las relaciones sexuales extramatrimoniales, incluso las prematrimoniales, siguen siendo sin condón. Los únicos que usan condones más de la mitad de las veces con parejas extramatrimoniales son los hombres casados, que constituyen el grupo más pequeño de población en esta edad.

Tendencias a lo largo del tiempo: ¿Se han vuelto más seguros los comportamientos desde que empezaron los programas de prevención?

Estos datos se obtuvieron por medio de encuestas de hogar, que usan el mismo método cada vez, de modo que permiten comparar el comportamiento a lo largo del tiempo. Dado que estos datos se obtienen de hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad, algunos comportamientos, especialmente las relaciones sexuales prematrimoniales, pueden haberse dado con anterioridad a las campañas de prevención que promovían la abstinencia y la monogamia. Una buena forma de determinar si los mensajes habrían hecho diferencia sería por medio de un análisis para saber si estos tipos de comportamiento habían cambiado en la comparación de los datos más recientes con los de encuestas anteriores.

Figura A4. Uso de condones entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, según sexo, 2000

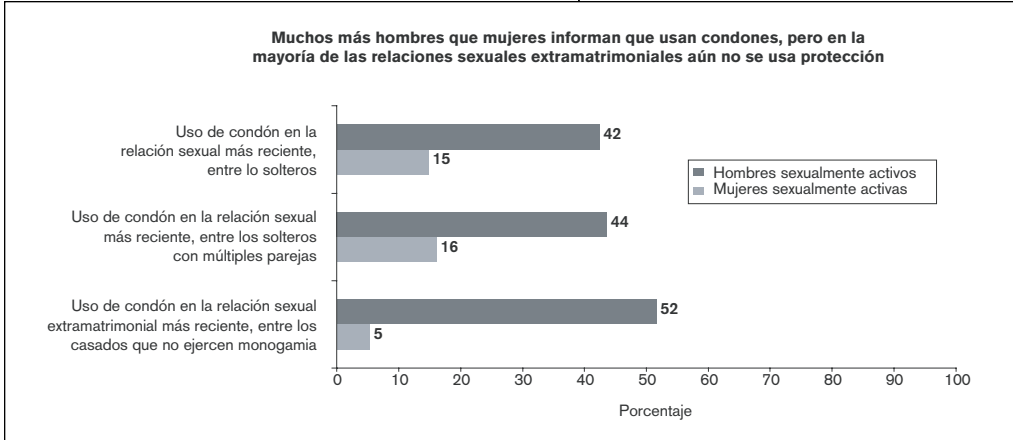
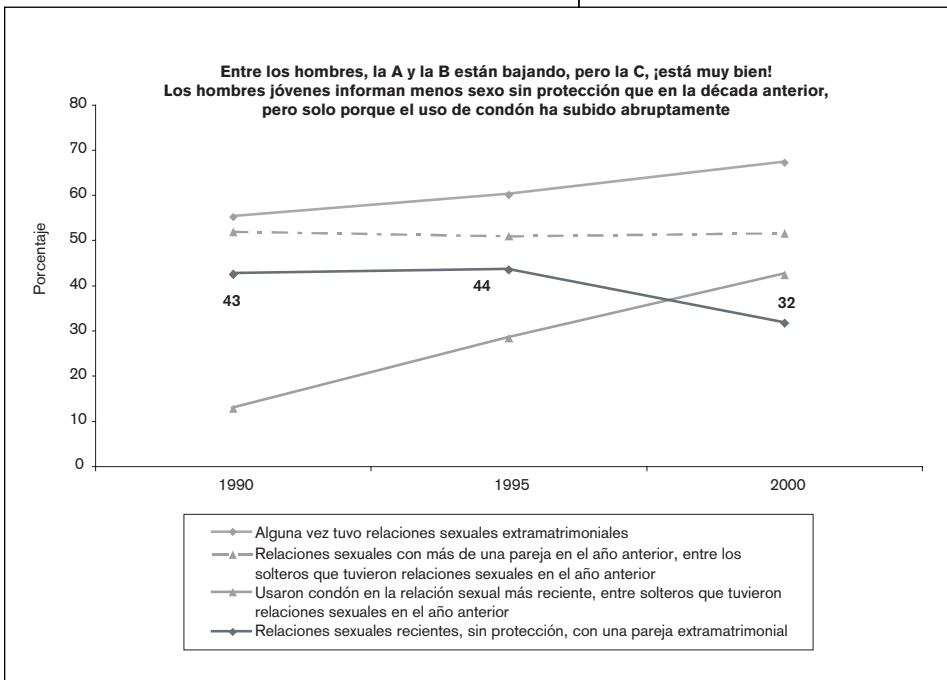


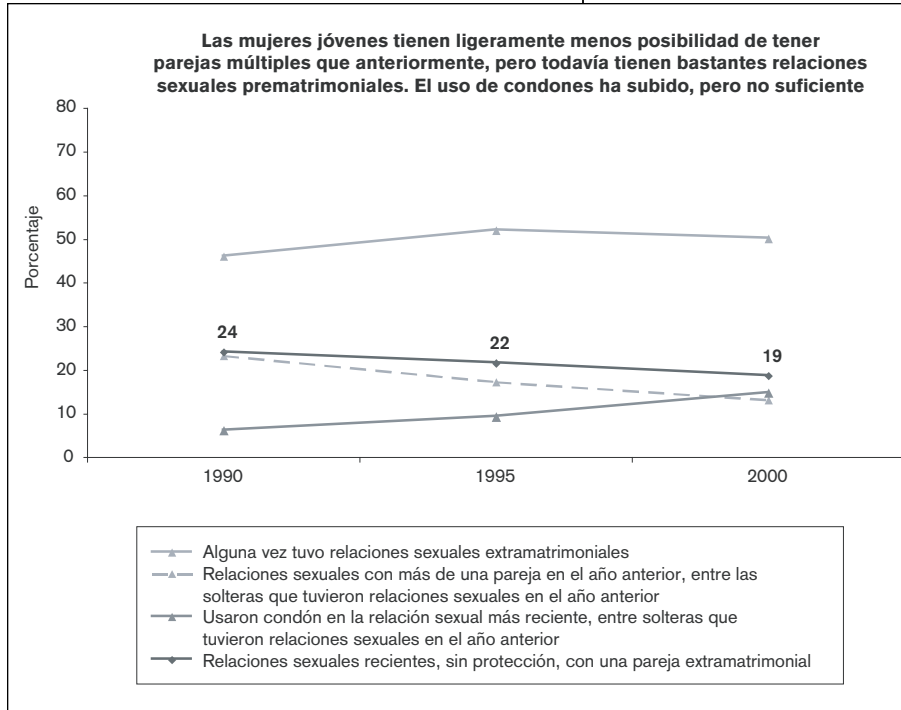
Figura A5. Actividad sexual y protección entre hombres de 15 a 24 años de edad, según sexo, 2000



Las figuras A5 y A6 muestran que las relaciones sexuales sin protección con parejas extramatrimoniales han realmente disminuido en el decenio anterior, pero en su mayoría esto no ha sido por un aumento de la abstinencia y la monogamia, sino del uso de condones.

Figura A6. Actividad sexual y uso de protección entre mujeres de 15 a 24 años de edad, por sexo, 2000

Los mensajes que proponen reducir el número de parejas sexuales parecen estar dando algún resultado entre las mujeres jóvenes, pero en



general, el cambio más importante de comportamiento para proteger a la gente joven del VIH y el sida ha sido el aumento significativo del uso de condones. Este incremento es positivo, especialmente en vista de que no se ha promovido activamente el uso del condón entre la gente joven. Una quinta parte de las mujeres de 15 a 24 años de edad y un tercio de los hombres todavía informan haber tenido relaciones sexuales

Conclusión: los condones son fundamentales

Queda claro que, a pesar de todos los mensajes que promueven la abstinencia sexual antes del matrimonio y la monogamia estricta, existe una alta proporción de jóvenes que tiene relaciones sexuales fuera del matrimonio y muchos, especialmente entre los hombres, tienen relaciones sexuales con más de una pareja al cabo de un año.

sin protección con parejas con las que no están casados. En vista de que el uso de condones ha aumentado más que la abstinencia y la monogamia, a pesar de no haber tenido la promoción de los últimos, probablemente esta intervención tiene posibilidades de éxito. Debería promoverse activamente el uso de condones entre la gente joven que elige tener relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Anexo 2

Uso de mapas para transmitir gran cantidad de información

En el ejemplo que sigue se muestran los datos notificados de un alto número de sitios centinela de Nigeria, el país africano más poblado. Los cuadros dan detalles de los tamaños de muestra y el número de pruebas positivas al VIH de cada sitio, además de los intervalos de confianza (95%). Toda esta información es muy útil al gerente del

programa nacional, pero sería demasiada para presentar a una audiencia de políticos que solo quieren saber cuáles son las zonas más afectadas de Nigeria y, por lo tanto, las que requieren más recursos para prevención y atención.

El mapa de la Figura 17 muestra una forma concisa de describir este complejo panorama en una sola imagen. Para una presentación política, un mapa es mucho más eficaz que una serie de cuadros cuando se trata de transmitir información clave.

Tabla A1. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona A (sudeste)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Abia	Umuahia	Urbano	299	8	2,7	1,16-5,20
	Aba	Rural	299	12	4,0	2,09-6,90
	Total		598	20	3,3	2,05-5,12
Anambra	Awka	Urbano	254	17	6,7	3,94-10,49
	Onitsha	Urbano	299	18	6,0	3,61-9,34
	Ekwulobia	Rural	250	17	6,8	4,01-10,66
	Total		803	52	6,5	4,87-8,40
Ebony	Abakaliki	Urbano	300	20	6,7	4,12-10,11
	Afikpo	Rural	300	27	5,7	3,34-8,92
	Total		600	37	6,2	4,38-8,40
Enugu	Enugu (Unth)	Urbano	248	5	2,0	0,66-4,64
	Enugu Parklane	Urbano	300	14	4,7	2,57-7,71
	Achi	Rural	110	15	13,6	7,84-21,49
	Total		658	34	5,2	3,60-7,14
Imo	Owerri	Urbano	300	12	4,0	2,08-6,88
	Orlu	Rural	300	14	4,7	2,57-7,70
	Total		600	26	4,3	2,85-6,29
Total zona			3.262	169	5,5	4,45-5,99

Tabla A2. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona B (sudeste)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Ekiti	Ado Ekiti	Urbano	300	7	2,3	0,94-4,76
	Ikole Ekiti	Rural	300	12	4,0	2,08-6,88
	Total		600	19	3,2	1,92-4,90
Lagos	Ikeja	Urbano	300	4	1,3	0,36-3,38
	Isla Lagos	Urbano	300	6	2,0	0,40-4,30
	Surulere	Urbano	257	8	3,1	1,35-6,04
	Badagry	Rural	233	13	5,6	3,00-9,35
	Epe	Rural	204	14	6,9	3,80-11,25
	Total		1.294	45	3,5	2,55-4,63
	Ogun	Abeokuta	Urbano	243	7	2,9
Ogun	Ijebu-Ode	Rural	300	12	4,0	2,08-6,88
	Total		543	19	3,5	2,12-5,41
	Ondo	Akure	Urbano	300	19	6,3
Ondo	Ondo	Rural	300	21	7,0	4,39-10,50
	Total		600	40	6,7	4,81-8,90
	Osun	Osogbo	Urbano	300	9	3,0
Osun	Ilesa	Rural	300	17	5,7	3,34-8,92
	Total		600	26	4,3	2,85-6,29
	Oyo	Ibadan	Urbano	300	10	3,3
Oyo	Saki	Rural	300	14	4,7	2,57-7,71
	Ogbomosho	Urbano	278	13	4,7	2,51-7,86
	Total		878	37	4,2	2,98-5,76
	Total zona		4.515	1,86	4,1	3,56-4,74

Tabla A3. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona C (noroeste)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Jigawa	Dutse	Urbano	300	7	2,3	0,94-4,75
	Hadejia	Rural	300	4	1,3	0,36-3,38
	Total		600	11	1,8	0,92-3,26
Kaduna	Kaduna	Urbano	300	12	4,0	2,08-6,88
	Zaria	Urbano	300	10	3,3	1,61-6,04
	Kafanchan	Rural	300	28	9,3	6,29-13,20
	Total			50	5,6	4,15-7,26
Kano	Kano Mmsh	Urbano	300	11	3,7	1,84-6,47
	Kano Akth	Urbano	300	10	3,3	1,61-6,04
	Rano	Rural	300	13	4,3	2,33-7,29
	Total			34	3,8	2,63-5,24
Katsina	Katsina	Urbano	300	11	3,7	1,84-6,47
	Funtua	Rural	300	10	3,3	1,61-6,04
	Total		600	21	3,5	2,18-5,30
Kebbi	Birnin Kebbi	Urbano	300	10	3,3	1,61-6,04
	Argungu	Rural	300	14	4,7	2,57-7,71
	Total		600	24	4,0	2,58-5,89
Sokoto	Sokoto	Urbano	300	9	3,0	1,38-5,62
	Dogon Daji	Rural	300	8	2,7	1,16-5,19
	Total		600	17	2,8	1,66-4,49
Zamfara	Gusau	Urbano	300	15	5,0	2,83-8,11
	Talata-Marafa	Rural	300	6	2,0	0,74-4,30
	Total		600	21	3,5	2,18-5,30
Total zona			4.800	178	3,7	3,19-4,28

Tabla A4. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona D (nordeste)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Adamawa	Yola	Urbano	300	17	5,7	3,33-8,91
	Mubi	Rural	300	10	3,3	1,60-6,04
	Total		600	27	4,5	2,98-6,48
Bauchi	Bauchi	Urbano	300	20	6,7	4,12-10,11
	Azare	Rural	261	18	6,9	4,14-10,68
	Total		561	38	6,8	4,84-9,17
Borno	Maiduguri	Urbano	300	13	4,3	2,33-7,30
	Biu	Rural	300	14	4,7	2,57-7,71
	Total		600	27	4,5	2,99-6,48
Gombe	Gombe	Urbano	300	12	4,0	2,08-6,88
	Kaitung	Rural	300	37	12,3	8,83-16,59
	Total		600	49	8,2	6,10-10,65
Taraba	Jalingo		299	20	6,7	4,13-10,14
	Zing		300	27	5,7	3,34-8,91
	Total		600	37	6,2	4,39-8,41
Yobe	Damaturu	Urbano	300	15	5,0	2,83-8,11
	Geidam	Rural	185	2	1,0	0,13-3,85
	Total		485	17	3,5	2,05-5,55
Total zona			3.445	195	5,7	4,91-6,49

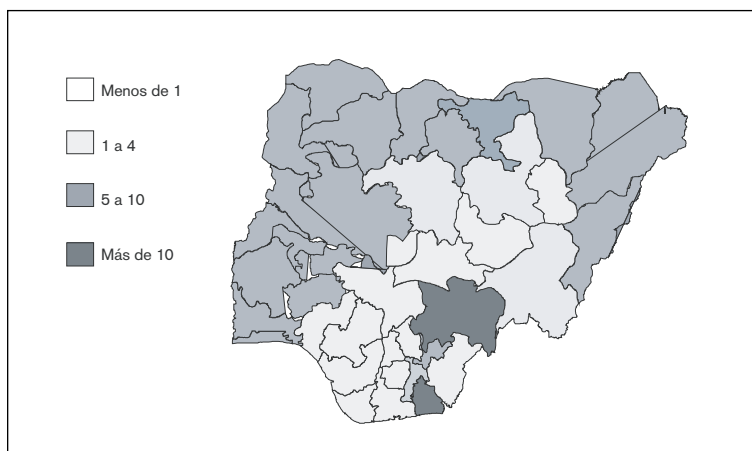
Tabla A5. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona E (norte central)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Benue	Makurdi	Urbano	299	43	14,4	10,60-18,87
	Otukpo	Urbano	300	33	11,0	7,69-15,10
	Ihugh	Rural	300	45	15,0	11,15-19,55
	Total			121	13,5	11,29-15,86
Fct	Garki	Urbano	300	33	11,0	7,69-105,0
	Gwagwalada	Urbano	300	16	5,3	3,08-8,51
	Nyanya	Rural	300	43	14,3	10,57-18,81
	Total		900	92	10,2	8,32-12,38
Kogi	Lokoja	Urbano	300	11	3,7	1,16-5,18
	Ankpa	Rural	300	23	7,7	4,92-11,28
	Total		600	34	5,7	3,53-7,25
Kwara	Llorin	Urbano	300	11	3,7	1,84-6,47
	Offa	Rural	231	12	5,2	2,71-8,90
	Total		531	23	4,3	2,76-6,42
Nasarawa	Lafia	Urbano	300	32	10,7	7,41-14,72
	N/eggon	Rural	266	14	5,3	2,90-8,67
	Total		566	46	8,1	6,01-10,69
Niger	Minna	Urbano	300	17	5,7	3,34-8,92
	Wushishi	Rural	300	10	3,3	1,61-6,04
	Total		600	27	4,5	2,98-6,48
Plateau	Jos	Urbano	300	34	11,3	7,69-15,10
	Shendam	Rural	300	17	5,7	3,35-8,91
	Total		600	51	8,5	6,25-10,84
Total zona			4.696	394	8,4	7,53-9,13

Tabla A6. Resumen de los resultados de estudios de prevalencia del VIH en la Zona F (sur sur)

Estado	Sitio	Tipo	Muestra total	Número de pruebas positivas al VIH	Porcentaje de pruebas positivas al VIH	Intervalo de confianza de 95%
Akwa Ibom	Uyo	Urbano	300	39	13,0	9,41-17,34
	Essien-Udim	Rural	300	25	8,3	5,47-12,6
	Total		600	64	10,7	8,31-13,42
Bayelsa	Ynogoia	Urbano	132	10	7,5	3,16-12,54
	Sagbama	Rural	104	7	6,7	4,03-15,79
	Total		236	17	7,2	4,58-11,78
Cross River	Calabar	Urbano	300	25	8,3	5,47-12,01
	Ikom	Rural	300	23	7,7	4,92-11,28
	Total		600	48	8,0	5,95-10,47
Delta	Warri	Urbano	300	7	2,3	1,16-5,19
	Agbor	Rural	300	28	9,3	6,29-13,20
	Total		600	35	5,8	4,24-8,21
Edo	Benin City	Urbano	300	13	4,3	2,33-7,30
	Ekpoma	Rural	300	21	7,0	4,38-10,50
	Total		600	34	5,7	3,95-7,83
Rivers	Port Harcourt	Urbano	298	21	7,0	4,68-10,96
	Bonny	Urbano	293	24	8,2	5,44-11,76
	Bori	Rural	291	23	7,9	5,35-12,02
	Total		882	68	7,7	6,24-9,92
Total zona			3.519	266	7,6	6,71-8,48

Figura A7. Prevalencia de la infección por VIH entre mujeres que se atienden en clínicas prenatales, Nigeria, por estado, 2001



Anexo 3

Trabajo con los medios de comunicación masiva

Cómo conseguir lo mejor de la prensa

- **Aprenda quién es quién**

Los puntos de vista de diversas publicaciones y periodistas son diferentes. Si uno tiene claro el panorama con respecto a la prensa local, se facilita la selección del mensaje adecuado para cada audiencia y se puede evitar la tergiversación de las ideas.

- **Siempre llame de vuelta a los periodistas**

Hay personas que evitan tratar con la prensa rechazando las solicitudes de entrevista o ignorando las llamadas, lo cual casi nunca es buena idea. Si no se habla con la prensa, con seguridad sus datos y punto de vista no serán bien representados.

- **Respete los plazos**

A diferencia de los funcionarios públicos o personal académico, los periodistas siempre trabajan con plazos muy estrictos. Si no se les proporciona la información que necesitan dentro de plazo previsto, publicarán la historia sin su aporte o con datos erróneos.

- **Trate de dar información escrita, especialmente datos y nombres**

Prácticamente ningún periodista interpretaría erróneamente la información a propósito, pero probablemente estos profesionales preparen más de una historia a la vez, con plazos muy cortos, por lo cual es fácil que se equivoquen. Si a usted lo están entrevistando, asegúrese de que el periodista está tomando apuntes. (Si usted graba la entrevista abiertamente puede ayudar a que el periodista verifique sus citas más acuciosamente antes de publicarlas.) Siempre que sea posible, proporcione los datos o cifras por escrito y siempre déle su tarjeta de presentación o escríbele su nombre y título. En las entrevistas telefónicas siempre deletree su nombre.

- **Sea claro con respecto a atribuciones y citas**

Los buenos periodistas tienen un código de conducta que rige la atribución de citas e información. La mayoría prefiere contar con una fuente explícita (un nombre). Dado que usted está confirmando información sobre vigilancia que es de carácter público, muy rara vez se justificaría hacerlo de forma anónima. Por ello, la prensa debería poder usar su nombre, cargo y organización. Habrá veces en las que usted podría querer dar información a un periodista para que aparezca en la prensa, pero por razones políticas o personales no quiere que se dé su nombre. En estos casos, debe decirle al periodista que su aporte es extraoficial. Esto significa que la prensa puede citar exactamente lo que usted dijo o publicar los datos provistos, pero no pueden usar su nombre ni atribuirle información de manera que lo puedan identificar. Si usted quiere proporcionarle al periodista información que le sirva de antecedente, pero no quiere que la información se use de manera alguna, puede señalarle tal condición, aunque esto solo debe hacerse con periodistas de mucha confianza.

- **Clarifique rápidamente los errores**

Cuando un periodista lo cite erróneamente, no lo ignore. Refiérase al ejemplo del Recuadro 15. Digamos que usted dice "las nuevas estimaciones indican que hay más de 2 millones de personas que viven con el VIH en el país; alrededor de 200.000 necesitan inmediatamente medicamentos para prolongar su vida. El problema es que solo tenemos dinero para comprar medicamentos para 2000 personas. Es una tragedia". Al día siguiente ve que el diario publicó la siguiente cita: "'No hay suficientes medicamentos. Este gobierno es una desgracia' según dijo Esther Mwambe, Jefa del Programa Nacional de VIH y Sida". Es necesario aclarar esta información. Esto también se aplica en los casos en que una fuente de noticias publica algo que simplemente no es cierto ("Lo que todo adolescente debería saber es que los condones no protegen del VIH y el sida"). No pase por alto estos errores. Responda rápidamente con una carta al editor y luego llame por teléfono a esa persona para asegurarse de que su carta se publique.

Uso de la prensa por propia iniciativa

- **Factor humano**

Las mejores historias son las que tratan de temas humanos. Si cuenta con nuevos datos de la vigilancia que muestran que la infección por VIH entre trabajadores sexuales se ha triplicado a causa de un aumento del uso de drogas inyectables entre este grupo, no presente solo cifras. Trate de hacer arreglos para que un periodista se reúna con un educador de pares cuya labor esté dirigida a trabajadores sexuales o para que visite una nueva clínica de tratamiento con metadona en un distrito rojo. Esto le permitirá al periodista dar un toque humano a la historia y simultáneamente un enfoque positivo.

- **Elementos positivos**

En la mayoría de los casos, la prensa presenta muy bien el lado negativo de las historias. Trate de ayudar a los periodistas a que se concentren en lo positivo. En el ejemplo anterior, si se le dan únicamente las cifras, solo presentará lo negativo. Si se le arregla una visita a los sitios donde se hacen intervenciones (y a los que muestran un interés humano), una parte significativa de su reportaje se dedicará a lo que se está haciendo o debería hacerse sobre el problema.

- **Interés noticioso**

La mayoría de los periodistas tiene interés en las historias; asimismo, casi todos trabajan para organizaciones de noticias, de modo que deben contar su historia en relación con sucesos de actualidad o previstos para el futuro o temas candentes. De hecho, si los datos se pueden relacionar con un evento de actualidad, es casi seguro que se consiga la cobertura deseada. Estos eventos son importantes, ya que de ellos puede “colgarse” una noticia.

Ya se mencionó anteriormente la importancia de ser oportuno, que no puede ser más cierto que cuando uno quiere vender una historia a la prensa. Piense en algún evento del que pueda “colgarse”, como el Día Mundial del Sida o alguna conferencia internacional, y prepárese para él. Planifique visitas al terreno, conferencias de prensa o entrevistas justo antes del evento en cuestión, de modo que las historias estén listas para lanzarse en el momento (noticioso) oportuno.

Manténgase pendiente de los periódicos y salte ante cualquier oportunidad. Imagine la siguiente situación: usted está tratando de generar el interés de la prensa en historias sobre los éxitos registrados en el tratamiento profiláctico de la tuberculosis para pacientes con VIH. No es una historia muy interesante, pero a usted le gustaría verla impresa para aumentar la presión sobre el ministerio de finanzas para conseguir financiamiento para ampliar el programa. Justo ahora, científicos europeos anuncian que han encontrado un tratamiento maravilloso para la tuberculosis, pero su precio es de US\$ 15.000 por persona por año. Esto genera gran polémica y la prensa se llena de historias sobre la tuberculosis. Este es el momento de llamar a la prensa para venderle su historia sobre el programa de tuberculosis que no está recibiendo financiamiento, a pesar de que es exitoso, barato y de producción nacional.

- **Elija su mercado**

Por lo general, uno no quiere cobertura de la prensa por gusto, sino porque es necesario llegar a un público específico con un mensaje particular. Al lograr el interés de los periodistas, se consigue una forma gratuita de llegar a la audiencia, aunque siempre es necesario presentar la información de manera específica para esta última. Si lo que desea es llegar a los ejecutivos del sector privado, trate de publicar su historia en el diario de negocios más importante. Si quiere llegar a los adolescentes, trate de hacerlo por medio de un canal de televisión con programas sobre música. Si quiere lograr la cobertura más amplia posible, concéntrese en las agencias de noticias locales e internacionales, ya que lo que estas imprimen o filman está a disposición de cientos de servicios de comunicación masiva suscritos a ellas.

- **Hágalo usted mismo**

Los periódicos casi siempre están dispuestos a aceptar artículos de funcionarios bien informados o profesionales de la salud pública. Si hubiera algún tema que usted cree que es importante (o el jefe del programa nacional de VIH y sida u otro funcionario de alto nivel) y quiere expresar su opinión al respecto, decida en qué periódico lo quiere publicar, llame al editor y déle un breve resumen de su idea, indicándole por qué cree que es importante. Nueve de cada 10 veces el

periódico lo invitará a escribir un artículo sobre el tema para publicar en la página de opiniones editoriales.

Conferencia de prensa: cómo llevarla a cabo

- **Planifique con anticipación**

Las conferencias de prensa están ligadas a sucesos noticiosos, como el lanzamiento de un nuevo informe nacional o la instauración de un nuevo consejo nacional sobre VIH y sida, de modo que a menudo se cuenta con aviso anticipado. No espere hasta último minuto para conseguir un lugar, confirmar a los conferencistas, preparar comunicados o invitar a la prensa.

Mande invitaciones por carta, fax y correo electrónico, y haga seguimiento por teléfono.

Las oficinas de prensa son lugares caóticos y los papeles pueden perderse. Mande la invitación de diversas maneras (a una persona en particular con poder de decidir qué noticias reciben cobertura) y haga seguimiento por teléfono.

- **Escoja el mejor momento**

Los medios de comunicación tienen distintos ciclos, pero el momento clave por lo general está dado por las noticias vespertinas para la televisión y la mañana para los periódicos. Aumente sus posibilidades de conseguir esos espacios planificando su conferencia de prensa hacia el final de la mañana o temprano después de almuerzo. Si es muy temprano, nadie ha llegado a trabajar (muchos periodistas trabajan a partir de las 10 u 11 de la mañana hasta después de los informativos vespertinos o hasta que se cierra la edición del periódico). Por el contrario, si la programa muy tarde, se perderá los plazos.

- **Que sea breve**

Las conferencias de prensa a veces son oportunidades para que los políticos se hagan ver, y se genera una lista de personas importantes que esperan dar su discurso. Esto toma tiempo, es aburrido e innecesario. Los periodistas se irán, a menudo antes del evento principal, y la cobertura será limitada. Las conferencias de prensa no deberían durar más de una hora.

- **Elija buenos panelistas**

A menudo los conferencistas se eligen por ser las personas más importantes que están presentes, lo cual no significa que sean los mejores expositores de la información y los mensajes clave. Trate de seleccionar a personas que tengan habilidad natural para hablar en este tipo de eventos. De no ser posible, asegúrese de que el conferencista está bien informado, tiene un número limitado de temas a discutir y está advertido de las preguntas que pudieran hacérsele. Al elegir a los conferencistas, piense en la posibilidad de introducir el elemento de interés humano. Los miembros de comunidades en riesgo y personas que viven con el VIH y el sida pueden ser buenos para la abogacía.

- **Piense en imágenes**

Frecuentemente, las historias reciben mejor cobertura en la prensa escrita, y siempre en televisión, si se acompañan de buenas imágenes. Al planificar una conferencia de prensa, trate de tener esto en mente, de modo que las cámaras no tengan solo las caras de los funcionarios en uniforme oficial para filmar. Si la conferencia de prensa se hace en un buen lugar, podría llevarse a las cámaras a filmar al terreno directamente después de la conferencia de prensa o a filmar entrevistas con funcionarios en el terreno.

Anexo 4

Comunicado de prensa

Adaptado de un comunicado de prensa de ONUSIDA.

En África, el VIH aún se transmite principalmente por la vía sexual, dicen los expertos

Ginebra, 14 de marzo de 2003 – Expertos en VIH hoy día estuvieron en desacuerdo con un análisis controversial que señalaba que el VIH en África se transmitía por inyecciones contaminadas, y reafirmaron que la mayoría de las personas que viven con el VIH en el continente se infectaron por tener relaciones sexuales sin protección. Agregaron que en África al sur del Sahara los programas de VIH y sida deben mantener sus acciones para promover las relaciones sexuales seguras.

Los expertos se manifestaron durante una reunión de consulta auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) en Ginebra. La reunión se convocó a raíz de la publicación de un trabajo polémico que señalaba que las inyecciones contaminadas y otras malas prácticas en el ámbito de la atención de la salud contribuían significativamente a la transmisión del VIH en la zona de África al sur del Sahara. Los autores de ese trabajo sobre las inyecciones participaron en la reunión de consulta.

“Hemos revisado cuidadosamente toda la evidencia, y la idea de que el VIH se transmite principalmente por prácticas sanitarias poco seguras simplemente no es sostenible”, dijo Bernhard Schwartländer, Jefe de la División de VIH y Sida en la OMS. “Si queremos ganar la pelea contra esta enfermedad, debemos concentrarnos en promover las relaciones sexuales seguras”.

Esta posición tiene el fuerte respaldo de los datos epidemiológicos y biomédicos. Por ejemplo, los niños de 5 a 14 años de edad, que por lo general no son aún sexualmente activos, tienen tasas de infección muy bajas; las tasas de infección específicas por edad entre mujeres y hombres jóvenes siguen muy de cerca los modelos de comportamiento sexual y los de otras infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, por virus 2 del herpes simple); entre parejas sexualmente activas, a menudo ambos miembros están infectados. Además, no hay una asociación regular entre altas tasas de infección por VIH y malos estándares de seguridad de las inyecciones.

Al modelar la epidemia con los mejores datos disponibles también se muestra que la gran mayoría de los 26,4 millones de adultos que viven con el VIH en África se infectaron por la vía sexual, y los casi 3 millones de niños que viven con la enfermedad la adquirieron porque su madre estaba infectada. La OMS estimó anteriormente que las prácticas de inyección contribuían alrededor de 2,5% de las infecciones por VIH en la zona de África al sur del Sahara. Si bien hay un cierto margen de incertidumbre en torno a esta estimación, persiste la conclusión de que las relaciones sexuales sin protección son por lejos el modo predominante de transmisión del VIH en esa región.

Aproximadamente 3,5 millones de africanos se infectarán en 2002 solamente y hay un total de 29,4 personas que viven con el VIH y el sida en la región. Por lo

tanto, la prevención de la transmisión por medio de las relaciones sexuales seguras debería ser el objeto principal de la respuesta al sida en la región. Las discusiones sobre la importancia de otros modos de transmisión jamás deberían debilitar el objeto central de la respuesta.

La reunión de consulta también hizo hincapié en la importancia de lograr un uso seguro y apropiado de las inyecciones, tanto en el sector sanitario formal como en el informal de los países de ingresos medianos y bajos, y también en los de ingresos altos. Se estima que se ponen 16 mil millones de inyecciones en el mundo anualmente, de las cuales 30% no son seguras, porque se reutiliza el equipo de inyección. Los participantes de la reunión de consulta estuvieron totalmente de acuerdo en la necesidad de reducir al mínimo el riesgo de transmisión no solo del VIH, sino también de otros agentes patógenos como los virus de la hepatitis B y C, en el ámbito de la atención de la salud, y de mantener la confianza en los servicios de salud.

Las inyecciones son fundamentales para los programas de inmunización y para algunos tratamientos que salvan la vida. Las inyecciones solo deben usarse en los casos médicamente necesarios y deben ser administradas por equipos que se usan una sola vez y luego se descartan de manera segura. En los últimos años, se ha dedicado esfuerzo y recursos importantes a mejorar la seguridad de las inyecciones en la atención de la salud al mejorar la planificación de los servicios, incluso las inmunizaciones; dar capacitación del personal de salud y vacunadores; proporcionar equipo de inyección que se use una sola vez, y asegurar su descarte de manera segura. Es necesario tomar más medidas para asegurar la eliminación de las malas prácticas de inyección en todo el mundo. Con el fin de avanzar en ese sentido, la OMS recientemente elaboró un marco de referencia para ayudar a los países en todos los aspectos relacionados con las inyecciones seguras. El documento se titula *Managing an Injection Safety Policy*.

En el ámbito de la epidemia del sida, la OMS y ONUSIDA siguen tratando de comprender la epidemiología local y mundial del VIH; tomar en cuenta la información nueva a medida que va surgiendo, y proporcionar liderazgo para prevenir la infección por VIH en todos sus orígenes, incluidas las relaciones sexuales sin protección, la transmisión de madre a hijo, la sangre y hemoderivados y las inyecciones inseguras.

Para mayor información sobre el tema o para entrevistar a los participantes de la reunión de consulta, llámese al Dr..... o contáctenos por medio de los sitios Web de ONUSIDA y la OMS...

Se pueden encontrar otros ejemplos de comunicados de prensa en <http://www.unaids.org/en/media/press+releases.asp>

Anexo 5

Bases de datos internacionales de importancia

http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets	Epinotas de ONUSIDA y la OMS/OPS sobre VIH y sida e infecciones de transmisión sexual
http://www.who.int/GlobalAtlas/home.asp	En la base de datos en línea de ONUSIDA y la OMS sobre VIH y sida se recogen los datos más recientes, específicos por país, sobre la propagación y el impacto del virus, así como información sobre comportamientos de riesgo
http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epi_methods.asp	Planillas regionales producidas por ONUSIDA sobre la situación epidemiológica
http://www.synergyaids.com/summaries.asp	Perfiles nacionales sobre VIH y sida de los países que reciben apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Incluyen información nacional específica sobre epidemiología y factores que contribuyen a la propagación del VIH, las actividades nacionales en respuesta a la infección, el apoyo de de USAID y actividades de agencias cooperantes y los desafíos que conlleva hacer frente a la epidemia.
http://measureprogram.org	Encuestas de demografía y salud con base de datos sobre indicadores de VIH y sida
http://www.census.gov/ipc/www/hivtable.html	Base de datos sobre vigilancia del VIH y sida de la Oficina de Censos de los Estados Unidos
http://www.census.gov/ipc/www/hivtable.html	Cuadros resumen de la base de datos sobre vigilancia del VIH y sida de la Oficina de Censos de los Estados Unidos
http://www.cdc.gov/brfss	Sistema de Vigilancia de Factores de Comportamiento de Riesgo de los Estados Unidos
http://www.eurosurveillance.org/index-02.asp	Eurovigilancia semanal y mensual



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
(202) 974-3000

www.paho.org