

PROGRAMAS NACIONALES CONTRA EL SIDA

Guía de indicadores para
la vigilancia y evaluación
de programas nacionales
de -tratamiento antirretrovírico



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Programas nacionales contra el SIDA: guía de indicadores para la vigilancia y evaluación de programas nacionales de tratamiento antirretrovírico.

1.Infecciones por VIH - quimioterapia 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - quimioterapia
3.Agentes antirretrovirales - provisión y distribución 4.Programas nacionales de salud - organización e
administración 5.Evaluación de procesos y resultados (Atención de salud) - métodos 6.Evaluación de
programas - métodos 7.Pautas I.Organización Mundial de la Salud 2.Título: Guía de indicadores para
la vigilancia y evaluación de programas nacionales de tratamiento antirretrovírico.

ISBN 92 4 359291 2

(Clasificación NLM: WC 503.2)

© Organización Mundial de la Salud, 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene 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 o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in

A traduire

Programas nacionales contra el SIDA

**GUÍA DE INDICADORES
PARA LA VIGILANCIA Y
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS
NACIONALES DE -TRATAMIENTO
ANTIRRETROVÍRICO**

ÍNDICE

Siglas	2
SECCIÓN I	
Introducción, justificación y fines	3
SECCIÓN II	
Cuestiones relativas a la valoración y consideraciones especiales	9
SECCIÓN III	
Indicadores	15
Anexo 1	
Indicadores para las actividades colaborativas VIH/TB	33

SIGLAS

ADI	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ARV	antirretrovírico (fármaco)
AyPD	asesoramiento y pruebas de detección
AyPV	asesoramiento y pruebas voluntarias
CDI	consumidor de drogas inyectables
DOTS	tratamiento breve bajo observación directa
FHI	Family Health International
FRVIH	farmacorresistencia del VIH
IO	infección oportunista
ITS	infección de transmisión sexual
MS	Ministerio de Salud
NHV	niños huérfanos y vulnerables
OBC	organización de base comunitaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PNCS	programa nacional contra el SIDA
PNCTB	programa nacional contra la tuberculosis
PTMN	prevención de la transmisión de la madre al niño
PVVS	personas que viven con el VIH/SIDA
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGS	sistema de información para la gestión sanitaria
TAR	tratamiento antirretrovírico
TARGA	tratamiento antirretrovírico de gran actividad
TB	tuberculosis
TMN	transmisión de la madre al niño, transmisión maternoinfantil
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
M&E	monitoreo y la evaluación

SECCIÓN I

INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y FINES

1. Introducción

En el mundo en desarrollo hay entre cinco y seis millones de personas infectadas por el VIH que necesitan tratamiento antirretrovírico (TAR) para sobrevivir, pero a finales de 2004 sólo 700 000 tenían acceso a él (intervalo: 630 000-780 000; en países en desarrollo y en transición). Esta situación constituye una emergencia sanitaria mundial a la que la OMS y organizaciones asociadas han respondido comprometiéndose a trabajar para dispensar tratamiento a todos los que lo necesitan. Se han propuesto inicialmente que, para finales de 2005, haya tres millones de personas recibiendo medicamentos antirretrovirales (ARV); es la conocida como meta mundial «tres millones para 2005».

Se concede alta prioridad al monitoreo y la evaluación (M&E) de esta rápida ampliación del acceso al TAR. Será crucial saber cuántos países cumplen las metas y los objetivos acordados y, a nivel local (distritos, regiones o provincias, y establecimientos sanitarios), cómo se están vigilando los avances e identificando los problemas que surgen.

2. Exoneración de responsabilidad

Este documento de trabajo es fruto del máximo esfuerzo por describir un enfoque coherente de la M&E nacional de la ampliación del acceso al TAR, cuyo propósito es universalizar dicho acceso. Debe considerarse como una etapa de un proceso que supondrá acopiar más experiencia, realizar nuevos análisis, validar los indicadores presentados y ulteriormente perfeccionarlos. A medida que se vaya ganando práctica con la M&E de esta área, se aplicarán las enseñanzas adquiridas para actualizar y corregir el documento.

3. Patrones internacionales

Una estrategia de ámbito nacional para la M&E de la ampliación rápida del acceso al TAR debe incluir elementos de dicho ámbito, pero también del subnacional (regional, de distrito) y el de los establecimientos sanitarios. Con este fin se han elaborado los documentos siguientes, que describen los métodos, los instrumentos y los intervalos para recopilar los indicadores fundamentales de los avances hacia la meta del acceso universal al tratamiento.

- *Guía para la vigilancia y evaluación de los servicios de atención y apoyo sobre el VIH/SIDA* (disponible en inglés en: <http://www.who.int/hiv/strategic/me/en/>).
- *National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children [Guía nacional de programas de vigilancia y evaluación para la prevención de la infección por el VIH en lactantes y niños pequeños]* (disponible en: <http://www.who.int/hiv/strategic/me/en/>).
- *HIV drug resistance surveillance guidelines [Directrices para la vigilancia de la farmacoresistencia del VIH]* (disponible en: <http://www.who.int/3by5/publications/en/>).
- *Interim patient monitoring guidelines for HIV care and ART [Directrices provisionales para el seguimiento de los pacientes en la atención de la infección por el VIH y el TAR]* (disponible en: <http://www.who.int/3by5/publications/en/>).

- *Guía de herramientas de vigilancia y evaluación de VIH/SIDA, tuberculosis y malaria* (disponible en: www.theglobalfund.org).

Se ha constatado que la dispensación de TAR es un elemento fundamental de todo programa nacional e integral de tratamiento, atención, apoyo y prevención. En la actualidad, la M&E de cada uno de estos componentes se aborda en su correspondiente guía, y las cuatro se han concebido con miras a armonizar esfuerzos: en su elaboración han participado organizaciones internacionales clave asociadas, y los indicadores que contienen se han formulado de manera que se complementen de unas guías a otras. Estos documentos han sido preparados y adoptados por organismos mundiales clave como la OMS, el ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el ADI y el Banco Mundial.

Cuando corresponde, la presente guía remite a los otros documentos o incluye enlaces a ellos con objeto de garantizar la máxima complementariedad de las actividades de M&E. Se pretende que los donantes y los gobiernos nacionales apoyen la recopilación de datos. Ello ayudaría a vigilar las tendencias de la epidemia y de los avances de los programas, y proporcionaría la información necesaria para rendir cuentas a los diversos organismos donantes. Esto último es crucial, porque para los programas que reciben fondos de varias fuentes y han de informar a diversos donantes de maneras distintas, la duplicación de tareas y medidas supone una carga innecesaria en materia de notificación.

Si se armonizan todo lo posible los indicadores y los métodos de los programas de M&E, se evitará la duplicación de notificaciones y se podrá dedicar más tiempo a prestar servicios vitales. Aunque llevará mucho tiempo y esfuerzo lograr un acuerdo amplio sobre la elaboración y la adopción de normas internacionales, es evidente que ello dará paso a un mejor sistema para seguir de cerca los avances. El Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la OMS y el Gobierno de los Estados Unidos han optado por utilizar normas y patrones internacionales de M&E en lugar de crear unos nuevos.

Ha quedado patente que las guías, además de armonizarse, han de combinarse en un solo documento general para facilitar su uso a los gestores de programas y lograr la máxima eficacia de la M&E. Los asociados internacionales clave están ya trabajando para racionalizar y armonizar los indicadores y las directrices de valoración que interesan a los programas integrales de lucha contra el VIH/SIDA de ámbito nacional.

4. ¿Por qué son importantes los indicadores nacionales?

Son importantes porque permiten a los países evaluar sus avances hacia el objetivo del acceso universal y las metas intermedias. Posibilitan, asimismo, las comparaciones entre países y una evaluación global de los progresos en el logro de las metas. Dichas comparaciones resultan de utilidad para determinar en qué países los progresos son relativamente lentos. Una vez identificados, se puede proceder a un análisis más detallado de los datos de vigilancia a nivel subnacional para localizar áreas en las que cabría mejorar el rendimiento.

Muchos de los datos utilizados para los indicadores nacionales se generan a nivel local y ascienden por el sistema. Sin embargo, no todos los indicadores necesarios o útiles en el ámbito local tienen interés en el nacional: algunas cuestiones se valoran mejor en aquél y pueden perder su utilidad cuando se trasladan a éste. Con todo, es importante recordar que gran parte de la información sobre indicadores aquí presentada se recopila a nivel local y que algunos de los indicadores de nivel nacional son también interpretables y útiles en él.

5. ¿Por qué es importante vigilar y evaluar los programas para ampliar el acceso a los antirretrovirales?

Los programas orientados a incrementar el acceso a los ARV suscitan cada vez más adhesiones y apoyos. Muchos países los están ampliando en respuesta a la creciente pandemia de VIH/SIDA y a la disponibilidad de mayores recursos. Son iniciativas costosas que exigen un importante compromiso de fondos y energías en los países implicados, por lo que hay una necesidad patente de fijar normas para su M&E a nivel nacional y garantizar que las inversiones generen el mayor beneficio posible.

El La M&E nacional de los programas de ampliación del acceso al TAR debería permitir que éstos mantuvieran un seguimiento de sus propios avances en la puesta en práctica, identificaran los problemas, perfeccionaran y adaptaran sus estrategias de aplicación, evaluaran la eficacia y la repercusión de sus intervenciones y probaran estrategias para optimizar ambas, así como la costoeficacia y la sostenibilidad.

6. ¿A quién va destinado este manual?

La finalidad de este documento es guiar las principales actividades de M&E que realizan los gestores de programas de lucha contra el VIH/SIDA a nivel nacional. Es preciso señalar, no obstante, que muchos de los datos necesarios para calcular los indicadores proceden de establecimientos sanitarios. Por tanto, el manual también resulta útil para que gestores o planificadores de programas elaboren indicadores destinados a usarse en ámbitos más reducidos. En concreto, puede ayudar a que las estrategias locales de M&E converjan con el marco nacional, y facilitar así el flujo de los datos necesarios desde el nivel local al regional y el nacional.

7. ¿Qué contiene este manual?

El manual ofrece directrices sobre indicadores de interés para la M&E en el seno de los programas nacionales de ampliación del acceso de las personas con infección por el VIH/SIDA al TAR. Recopilar la información necesaria para estos indicadores permite evaluar el grado de éxito de los programas de TAR a escala nacional, determinar en qué áreas precisan más apoyo y, por tanto, mejorarlos. En muchos casos, los indicadores posibilitan también las comparaciones entre países.

El manual presenta una lista de indicadores básicos y un indicador adicional. Todos los países con programas para ampliar el acceso de las personas con infección avanzada por el VIH a los ARV deberían proponerse recopilar al menos los indicadores básicos. También se los alienta a recopilar los adicionales cuando exista necesidad de ello y se cuente con recursos. Para cada indicador, el manual ofrece: (a) indicaciones sobre su definición; (b) el fundamento lógico de su uso y lo que mide; (c) cómo se valora y los instrumentos para llevarlo a cabo; (d) la frecuencia de valoración; (e) sus ventajas y limitaciones. Al proponer los indicadores, el documento tiene en cuenta, en la medida de lo posible, tanto los ya existentes como la experiencia acumulada y las normas en vigor, y procura presentar indicadores consolidados con los que se tiene práctica o cuyos datos no son especialmente difíciles de recopilar.

8. Experiencia adquirida en el uso eficaz de los indicadores nacionales

La OMS tiene mucha experiencia en la elaboración de guías internacionales y en ayudar a los países a organizar sistemas de logística, salud y gestión de la información. Se exponen seguidamente las enseñanzas básicas extraídas y que han orientado la elaboración del presente documento.

- El **número de indicadores** debe ser el menor posible, ya que el esfuerzo y el coste de recopilar los datos necesarios pueden ser abrumadores, sobre todo para los sistemas nacionales de M&E con capacidad limitada.
- Los **asociados internacionales y nacionales deben normalizar y acordar** un conjunto básico de indicadores a fin de reducir todo lo posible la carga que supone para los países tener que recopilar diversos indicadores o diversas variantes de un mismo indicador con destino a organismos internacionales y donantes que no coordinan sus propias necesidades en materia de M&E.
- Es preferible emplear indicadores a los que puedan aplicarse **sistemas de recopilación de datos ya disponibles** que otros cuya recopilación exija esfuerzos especiales.

9. Valoración global de los avances hacia el acceso universal al TAR

Todos los programas nacionales deberían poder demostrar sus progresos hacia el objetivo del acceso universal al TAR y el logro de las metas intermedias (por ejemplo, la de los tres millones de personas en tratamiento para 2005) mediante el seguimiento y la notificación de los indicadores nacionales incluidos en la tabla siguiente, que muestra, para cada uno de ellos, el nivel programático que vigila, el área temática general que abarca, la denominación del indicador, los métodos recomendados y la frecuencia propuesta para la recopilación de datos.

Nivel	Área	Indicador	Método recomendado	Frecuencia
Recursos	Políticas y directrices nacionales	Indicador básico 1: Existencia de políticas, estrategias y directrices nacionales para los programas de TAR	Encuestas a informantes clave	Bienal
Procedimientos	Cobertura del programa (ampliación inicial)	Indicador básico 2: Porcentaje de distritos o unidades locales de la administración sanitaria donde al menos un establecimiento de salud ofrece servicios de TAR acordes a las normas nacionales	Análisis de registros o programas, o encuesta en establecimientos sanitarios	Anual durante la ampliación, y luego bienal
	Suministro de fármacos	Indicador básico 3: Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que han tenido agotamientos de existencias en los seis meses anteriores. Indicador adicional 3.1: Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que cumplen los criterios de calidad mínimos (y no han tenido agotamientos de existencias)	Sistema de seguimiento de fármacos, informes de programas	Anual durante la ampliación, y luego bienal
	Recursos humanos	Indicador básico 4: Número de agentes de atención de salud formados en la dispensación de TAR con arreglo a las normas nacionales o internacionales	Registros de programas o encuestas en establecimientos sanitarios	Anual durante la ampliación, y luego bienal
Logros	Cobertura del programa de TAR	Indicador básico 5: Porcentaje de establecimientos sanitarios dotados de sistemas y elementos para prestar servicios de tratamiento antirretrovírico	Encuesta en establecimientos sanitarios con componente de observación	Anual durante la ampliación, y luego bienal a cuatrienal
	Cobertura de la atención integral, incluida la prevención	Indicador básico 6: Porcentaje de establecimientos sanitarios con servicios de TAR que también prestan atención integral, incluidos servicios de prevención, a personas seropositivas para el VIH.	Encuestas en establecimientos sanitarios	Anual durante la ampliación, y luego bienal a cuatrienal
Resultados	Personas en tratamiento	Indicador básico 7: Porcentaje de personas con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado	Análisis de los datos de vigilancia del programa	Semestral durante la ampliación, y luego anual
	Continuación de los regímenes terapéuticos de primera línea	Indicador básico 8: Continuación del régimen terapéutico de primera línea a los 6, 12 y 24 meses de iniciado el tratamiento	Análisis de los registros de pacientes	Recopilación continua de datos, se agregan por periodos anuales
Impacto	Supervivencia	Indicador 9: Supervivencia a los 6, 12, 24, 36, etc. meses de iniciado el tratamiento	Análisis de los registros de pacientes	Recopilación continua de datos, se agregan por periodos anuales

SECCIÓN II

CUESTIONES RELATIVAS A LA VALORACIÓN Y CONSIDERACIONES ESPECIALES

1. Fuentes de datos

En el caso de muchos de los indicadores de esta guía, la información procede de puntos de dispensación, es decir, de una muestra de establecimientos sanitarios que dispensan TAR. Algunos datos tienen su origen en historias clínicas individuales (por ejemplo, el porcentaje de personas que están recibiendo TAR), mientras que otros se obtienen de los registros de los establecimientos (por ejemplo, el número de profesionales sanitarios adiestrados para dispensar TAR).

Se entiende por establecimiento sanitario todo lugar en el que se prestan habitualmente servicios de atención de salud o se coordina a los proveedores de éstos, que los ofrecen en el propio establecimiento o en la comunidad. Suele tratarse de hospitales, centros de salud y dispensarios, pero pueden ser también lugares no clasificados tradicionalmente como establecimientos sanitarios, como aquellos en los que se atiende a enfermos terminales, se coordina a proveedores de servicios de base comunitaria o, no siendo necesariamente entornos clínicos, se prestan determinados servicios (por ejemplo, la distribución de ARV y la vigilancia sistemática de los clientes). El domicilio no se considera un establecimiento a efectos de estos indicadores. Es probable que en los países que lleven poco tiempo prestando servicios de TAR la muestra de establecimientos sanitarios esté definida en el Indicador básico 2. En aquellos en los que dichos servicios estén ya generalizados se recomienda reunir de antemano una muestra representativa y utilizarla sin cambios para todos los indicadores cuyos datos deban recopilarse en ellos. Estará integrada por establecimientos públicos y sin fines de lucro, y cuando sea posible, también por privados, ya que los proveedores de este sector, a menudo empresas y corporaciones, contribuyen considerablemente a los programas de TAR en muchos países.

2. Prevención para las personas seropositivas

Además de aportar beneficios terapéuticos a millones de individuos infectados por el VIH, la ampliación del acceso al TAR ofrece nuevas e importantes oportunidades de fortalecer y difundir las labores de prevención. Es probable que con una mayor disponibilidad del TAR las tasas de realización de pruebas del VIH aumenten, el estigma disminuya y quizá se reduzca la infectividad de las personas que lo reciben. Un acceso más amplio al TAR ofrece también nuevas y decisivas oportunidades para la prevención. El Grupo de Trabajo para la Prevención Mundial del VIH, integrado por numerosas organizaciones (la Fundación Bill y Melinda Gates, Kaiser Network, organismos de las Naciones Unidas, institutos de investigación científica, etc.), ha concluido que un mejor acceso al TAR ofrece oportunidades decisivas para reforzar la prevención, de la que son componentes fundamentales las intervenciones preventivas dirigidas específicamente a las personas seropositivas.¹ Por tanto, es fundamental vigilar la prestación de los servicios de prevención y evaluar su eficacia en el seno de los programas de TAR. Esta guía aborda dichos servicios a través de los indicadores básicos siguientes:

- **Integración de la prevención del VIH en las políticas nacionales de TAR: Indicador básico 1.**
Las políticas nacionales o las directrices de los programas de TAR deben establecer la integración en éstos de la prevención del VIH, para crear así un marco nacional de planificación programática que amplíe simultáneamente el acceso al tratamiento y a la prevención.

¹ Global HIV Prevention Working Group. *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. Juin 2004.

- **Adiestramiento en prevención del VIH para personal clínico, personal no técnico y personal de apoyo al tratamiento: Indicador básico 4.** Se ha comprobado que intervenciones preventivas breves a cargo de personal clínico resultan eficaces en diversos problemas de salud como tabaquismo, obesidad, abuso del alcohol, depresión e inactividad física.² Una intervención breve por parte de un profesional clínico en el contexto del TAR podría, por ejemplo, recordarle al paciente la importancia de unas relaciones sexuales seguras e informarle sobre el acceso a preservativos y a asesoramiento sobre reducción del daño. Sin embargo, no es factible contar exclusivamente con personal sanitario para prestar servicios preventivos en el contexto de los programas de TAR. Cada vez se tiene mayor conciencia del indispensable papel que desempeña el personal no técnico en entornos sanitarios, así como el de los grupos de apoyo no clínicos de base comunitaria, pero todos ellos deben también recibir preparación para prestar servicios preventivos (p. ej., asesoramiento) de una calidad aceptable. La cualificación para llevar a cabo intervenciones preventivas (orientación sobre la reducción del riesgo, suministro de preservativos o, cuando sea necesario y adecuado, derivación a estos servicios) es una pieza fundamental de la competencia práctica exigida a los dispensadores de TAR y al personal de apoyo al tratamiento.
- **Atención integral, incluidos servicios de prevención para clientes seropositivos: Indicador básico 6.** Los programas de TAR son el componente fundamental de los programas eficaces de atención y apoyo a los afectados por el VIH/SIDA, que comprenden otros servicios esenciales. Los servicios de prevención son un elemento indispensable de la atención integral, pero ésta comprende también actividades asistenciales más amplias (p. ej., tratamiento de las infecciones oportunistas o cuidados paliativos), atención psicológica (p. ej., apoyo emocional), asistencia social y jurídica (p. ej., ayuda alimentaria, material o económica, o asesoramiento legal en materia de empleo o redacción de testamentos) y apoyo a los niños huérfanos y vulnerables. Los servicios preventivos deberían constar, como mínimo, de asesoramiento sobre reducción del riesgo y distribución de preservativos. Para cada población ha de adaptarse dicho asesoramiento al tipo de epidemia y a los comportamientos de riesgo predominantes. Es preferible que los lugares en los que se dispense TAR cuenten con todos los servicios de prevención del VIH, pero allí donde no se pueda o no proceda prestarlos deberá existir un sistema eficaz de derivación a ellos.

3. Farmacorresistencia del VIH

Para que los programas de TAR sean eficaces es fundamental prevenir, vigilar y seguir de cerca la evolución de las farmacorresistencias del VIH. En este ámbito, y a nivel nacional, la estrategia de la OMS se centra en la evaluación de alertas anticipadas, la vigilancia de las resistencias y el seguimiento de una cohorte «centinela» de resistencia del VIH (véase más adelante).

En esta guía, tres indicadores guardan especial relación con las evaluaciones de alertas anticipadas. Para más información sobre la vigilancia de las farmacorresistencias del VIH véanse las correspondientes directrices de la OMS.³

Evaluación de alertas anticipadas de farmacorresistencia del VIH

Objetivo: Vigilar si los programas de TAR sirven para minimizar la aparición y la transmisión de farmacorresistencias del VIH.

Método: Extracción de la información de tarjetas de tratamiento normalizadas o de historias clínicas electrónicas (reflejada parcialmente en esta guía: Indicador básico 3, Indicador adicional 3.1, Indicador básico 8 e Indicador básico 9).

² Voir les études citées in: *Incorporating HIV Prevention into the Medical Care of Persons Living with HIV*. MMWR 2003;52:RR-12 (CDC Guidelines).

³ *Guidelines for surveillance of HIV drug resistance*. World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/en/>).

Vigilancia de la farmacorresistencia del VIH

Objetivo: Vigilar si la transmisión de cepas resistentes del VIH ha alcanzado niveles medibles y evaluar la combinación de mutaciones asociadas a resistencia en las cepas transmitidas, con objeto de apoyar el óptimo funcionamiento de los programas y la toma de decisiones de los países en materia de regímenes de TAR normalizados. Las poblaciones seleccionadas deben haberse infectado recientemente y no haber recibido antes TAR.

Métodos:

A. Encuestas de umbral de farmacorresistencia del VIH: Recopilación de un número mínimo de muestras de diagnóstico del VIH procedentes de encuestas serológicas o de centros de diagnóstico en zonas en las que se lleva utilizando el TAR desde hace algún tiempo, para evaluar si la prevalencia de la FRVIH supera un umbral mínimo del 5% y, en ese caso, si supera también un segundo umbral del 15%.

B. Encuestas representativas de prevalencia de la FRVIH: En países que tienen recursos suficientes, una vigilancia del VIH bien organizada e indicios de que la prevalencia de la FRVIH transmitida es superior al 5% puede realizarse un muestreo representativo de especímenes diagnósticos seropositivos para evaluarla. Debe emplearse una muestra por conglomerados ponderada de centros de diagnóstico y de personas diagnosticadas en ellos.

Vigilancia de cohortes «centinelas» de farmacorresistencia del VIH (para la vigilancia de programas de TAR, no de individuos)

Objetivo: Validar las medidas de vigilancia del programa de alertas anticipadas para confirmar que se está minimizando la aparición de resistencias con el TAR y evaluar las combinaciones de mutaciones aparecidas en el caso de diversos subtipos de VIH y regímenes de TAR.

Método: Muestreo representativo de personas que empiezan a recibir por vez primera TAR en centros «centinelas». Si se dispone de recursos, se llevan a cabo pruebas de farmacorresistencia al inicio, a los 12 meses, a los 24 meses y al fracasar el TAR o ser sustituido por otro régimen terapéutico.

4. VIH/SIDA y tuberculosis

Una tercera parte de la población mundial esta infectada por el bacilo tuberculoso, lo que determina la aparición de unos nueve millones de casos nuevos de TB cada año. El VIH es el principal factor de riesgo de TB que se conoce: las personas coinfectadas por el bacilo tuberculoso y el VIH tienen hasta 50 veces más probabilidades de padecerla que las infectadas sólo por aquel. En los países con una epidemia generalizada de infección por el VIH, éste exacerba la epidemia de tuberculosis, lo que dificulta considerablemente la lucha antituberculosa en muchos de los países más pobres. En países del África subsahariana, las tasas anuales de notificación de casos de TB han llegado a cuadruplicarse desde mediados de los 80, fundamentalmente debido a la epidemia de VIH/SIDA. En todo el mundo, la TB es una de las causas más frecuentes de enfermedad y muerte entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

Sin embargo, la TB no es sólo una parte del problema que plantea la infección por el VIH; a través de los programas de lucha antituberculosa puede ser también parte importante de la solución, ya que éstos pueden ofrecer medidas preventivas y asistenciales de dicha infección en entornos con recursos limitados, sobre todo mediante la ampliación del acceso al TAR. Tanto los programas de lucha antituberculosa como los de lucha contra el VIH pueden beneficiarse de una colaboración más estrecha, dirigida a reducir el impacto de la TB relacionada con el VIH en las comunidades con alta carga de morbilidad.⁴

En los países con alta prevalencia de infección por el VIH, la proporción de enfermos de TB infectados por el VIH puede llegar al 80%. En respuesta a la situación, muchos programas de lucha antituberculosa están asumiendo la responsabilidad de reducir el impacto del VIH entre estos enfermos y colaboran con los programas de lucha contra el VIH para aplicar las actividades recomendadas. Una de ellas con-

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

siste en ampliar la disponibilidad del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los enfermos de TB como «punto de acceso» a unos servicios adecuados de prevención, tratamiento y apoyo en la infección por el VIH, incluido el acceso al TAR. Animando a los enfermos de TB a utilizar los citados servicios de asesoramiento y pruebas se puede contribuir a identificar a gran número de personas seropositivas que, si reúnen las condiciones, pueden acceder a los ARV. Así pues, los servicios de lucha antituberculosa de hospitales y centros de salud periféricos pueden ser importantes puntos de acceso y a veces incluso lugares de seguimiento del TAR

Para ampliar rápidamente el acceso al TAR es importante impulsar en los países la puesta en marcha de actividades de colaboración entre la lucha antituberculosa y la lucha contra el VIH (TB/VIH). Por tanto, los planes de monitoreo y evaluación de la ampliación deberían incluir a los programas de TB allí donde éstos se apliquen. Con este fin, la OMS ha elaborado una guía⁵ que define los indicadores relacionados con el seguimiento de las actividades de colaboración TB/VIH, incluido el acceso al TAR para los enfermos de TB (anexo 1).

5. Cuestiones de equidad: los programas de TAR deben hacer frente a los problemas de las mujeres y los jóvenes

Uno de los desafíos a los que se enfrentan los países a la hora de planificar y aplicar los programas de TAR radica en que deben asegurarse de que los muchos grupos que precisan ARV los están recibiendo y velar por que los especialmente vulnerables no sean siempre los últimos de la fila. La respuesta a este desafío debe quedar reflejada en los sistemas de seguimiento de los países. Conciérne manifiestamente a la población femenina, pero también cada vez más a la población de entre 10 y 24 años⁶, y en algunos ámbitos a grupos como los CDI y los profesionales del sexo. Para prestarles una cobertura satisfactoria es importante que los datos fruto de la recopilación sistemática se desglosen por edad y sexo, y que en la elaboración de las políticas y directrices nacionales y en los nuevos programas de formación se preste suficiente atención a las necesidades específicas de las mujeres, los jóvenes y otros grupos vulnerables.

6. TAR en epidemias concentradas

Cabría interpretar los indicadores presentados en esta guía como si implicaran que «más» equivale a «mejor», es decir, que lo ideal es lograr el acceso al TAR en todos los distritos y la mayor parte de los establecimientos sanitarios, y formar en gestión del TAR a todos o la mayoría de los agentes de atención de salud. Es probable que lo sea en las epidemias generalizadas, aunque incluso en ellas puede que no convenga ofrecer una cobertura uniforme. Sin embargo, en las epidemias concentradas, dotar a todas las áreas de un mismo nivel de acceso y apoyo al tratamiento puede ser erróneo desde el punto de vista económico o de gestión. En los países con este tipo de epidemias hay que decidir cuál es el grado óptimo de cobertura y dónde debe ofrecerse el acceso al tratamiento. Son situaciones en las que el hecho de no ofrecerlo en todos o la mayor parte de los establecimientos no debe considerarse un fracaso de la plena ampliación del acceso, sino, al contrario, un éxito de la planificación para optimizar el uso de unos recursos escasos. Lo ideal es, pues, interpretar los resultados de estos indicadores a nivel nacional, teniendo en cuenta la epidemiología del VIH y otros factores conexos.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. *A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342 et WHO/HIV/2004.09).

⁶ *A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA et UNICEF, 2004.

7. Seguimiento y evaluación con arreglo a la fase del programa de TAR

Entre el número limitado de indicadores de nivel nacional, algunos son especial o exclusivamente útiles en las etapas iniciales de la ampliación del acceso al TAR. En concreto, los indicadores que miden, respectivamente, si se dispone de directrices, de personal formado y de puntos de dispensación de ARV van perdiendo utilidad a medida que los programas de TAR avanzan. Estos componentes representan pasos iniciales decisivos para la ampliación del acceso, por lo que es conveniente que la mayor parte de los países que están trabajando seriamente en ella los aborden con prontitud. Una vez superadas estas primeras etapas, deberán sustituirse los citados indicadores por otros referidos a cuestiones más específicas del acceso, la cobertura y la equidad.

SECCIÓN III

INDICADORES

Indicador básico 1: Existencia de políticas, estrategias y directrices nacionales para los programas de TAR	
Definición	<p>Existencia de políticas y estrategias nacionales de TAR del VIH/SIDA para facilitar la cobertura del tratamiento en el país (índice compuesto; Sí = 1, No = 0).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dispensación de TAR es un componente básico de la política nacional de prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA. • Existencia de un organismo funcionante nacional y multisectorial para la gestión o coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA en el que participan todos los interesados pertinentes (MS, ONG, OBC, sector privado, etc.) y que presta ayuda a los responsables de aplicar el TAR. • Incorporación de personas con infección por el VIH/SIDA a la elaboración de políticas, incluida una representación en el organismo nacional de coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA. • Existencia de una directriz nacional sobre la dispensación de TAR que incorpora la integración del tratamiento y la prevención. • Existencia de un sistema confidencial de seguimiento de los pacientes. • Estrategia de promoción del acceso igualitario al TAR para las personas que no pueden costearlo. • Estrategia que aborda la dispensación de TAR a niños y jóvenes, enfermos de TB y grupos vulnerables, como profesionales del sexo, refugiados, poblaciones móviles, CDI y otros grupos de alto riesgo o a los que es difícil llegar. • Leyes y reglamentos que protegen de la discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA.
Numerador	El número de indicadores de la relación anterior adoptados por el país en cuestión.
Denominador	8.
Fundamento lógico y lo que mide	<p>Fundamento lógico: Para que un programa de TAR tenga éxito, especialmente en los lugares en los que el VIH/SIDA está estigmatizado, es fundamental el compromiso político. A nivel nacional deben existir políticas y estrategias para promover el TAR desde una perspectiva integral, vinculándolo a la prevención y al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, e incluyendo a todos los grupos, en particular a las poblaciones vulnerables.</p> <p>Las directrices y las políticas nacionales se basan generalmente en normas internacionales existentes o en otras respecto a las que hay consenso general, pero que aún no han sido presentadas formalmente como orientaciones internacionales. En ausencia de directrices pueden establecerse servicios ad hoc de calidad e impacto desconocidos, lo que dificulta la vigilancia y la evaluación de las tareas.</p> <p>Lo que mide: Este indicador refleja si un país dispone de los sistemas y estrategias necesarios a nivel nacional para aplicar y apoyar la dispensación de TAR.</p>
Frecuencia	Bianual.
Instrumentos y métodos de valoración	Se lleva a cabo una encuesta entre informantes clave a nivel nacional y de distrito, y en establecimientos sanitarios, para determinar si existen sistemas y estrategias adecuados. A nivel nacional, los informantes clave son personas responsables de la lucha contra el VIH/SIDA; en los establecimientos sanitarios se trata de médicos y directores de consultorios.
Ventajas y limitaciones	Este indicador no permite valorar la calidad, el efecto o la aplicación de políticas o directrices. Se centra inicialmente en determinar si existen, pero, una vez que entran en vigor, debe sustituirse por otro indicador que mida la continuidad del compromiso político y la frecuencia con que se actualizan las directrices. Por lo general, éstas y las políticas han de ser sometidas a análisis críticos y actualizaciones cada dos o tres años. Ello es particularmente cierto en el ámbito del TAR, en el que se producen continuos avances.

Indicador básico 2: Porcentaje de distritos o unidades locales de la administración sanitaria donde al menos un establecimiento de salud ofrece servicios de TAR acordes a las normas nacionales Semejante al Indicador básico de atención y apoyo 2.	
Definición	Porcentaje de distritos o unidades locales de la administración sanitaria donde al menos un establecimiento de salud dispensa TAR con arreglo a las normas nacionales.
Numerador	Número de distritos o unidades locales de la administración sanitaria donde al menos un establecimiento de salud dispensa TAR con arreglo a las normas nacionales.
Denominador	Número total de distritos o unidades locales de la administración sanitaria.
Fundamento lógico y lo que mide	<p>Este indicador es una medida bruta, pero importante, de la cobertura del TAR en un país. Reviste especial interés en las epidemias generalizadas.</p> <p>En las epidemias concentradas, la medida podría limitarse a los distritos o unidades de la administración sanitaria con altos porcentajes de población de riesgo (por ejemplo, zonas fronterizas). En esos ámbitos el denominador debe ser el número total de distritos o unidades de la administración sanitaria considerados.</p>
Instrumentos	<p>El numerador comprende diversos tipos de ONG o establecimientos sanitarios estatales (por ejemplo, militares o de la seguridad social) según el nivel de implicación de estos sectores en la dispensación de tratamiento ARV combinado.</p> <p>Se recomiendan los métodos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar los registros de los consultorios médicos o de SIDA del distrito, que pueden tener listas de todos los establecimientos que dispensan TAR. • Examinar los registros del programa nacional de lucha contra el SIDA o de un sistema nacional de gestión de medicamentos del Ministerio de Salud, que también deberían disponer de una relación de los establecimientos que disponen de TAR. • Realizar encuestas en establecimientos sanitarios. <p>Los datos sobre la población de los distritos y la prevalencia en cada uno de ellos son útiles para evaluar en qué medida la disponibilidad de servicios se corresponde con las necesidades.</p>
Frecuencia	Anual durante la fase de ampliación, y luego bianual.
Ventajas	<p>Este indicador es particularmente útil para seguir de cerca los cambios que van produciéndose a medida que los programas nacionales amplían la prestación de servicios con miras a cubrir las necesidades en las epidemias generalizadas. Una vez que la cobertura ha llegado a cierto nivel, es poco probable que descienda, por lo que el indicador deja de tener utilidad.</p> <p>Es útil sobre todo durante la ampliación del acceso en las epidemias generalizadas. En las concentradas probablemente no sea necesario un servicio de dispensación de TAR en cada distrito.</p>

Indicador básico 3: Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que han tenido agotamientos de existencias en los seis meses anteriores Relacionado con el Indicador básico 5. Es uno de los indicadores de alarma anticipada de farmacorresistencia.	
Definición	<p>Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que han registrado al menos un agotamiento de existencias en los seis meses anteriores. Para este indicador, la meta es no registrar agotamientos de existencias en ninguno de los puntos de la cadena de suministro de fármacos.</p> <p>Los puntos de almacenamiento suelen ser depósitos (es decir, no dispensan medicamentos a las personas). Los puntos de dispensación son farmacias, centros de salud y consultorios (incluidos los centros de TB) en los que se suministran ARV a los pacientes.</p> <p>En muchos países, el sistema de distribución de fármacos consta de un nivel central, un nivel de distrito y puntos de dispensación; los nodos centrales y de distrito suelen tener la función de depósitos, no así los puntos de dispensación. En cambio, en otros países, los fármacos se dispensan desde una unidad central directamente a los puntos de distribución, de modo que los puntos de dispensación pueden tener también la función de depósitos. Sea cual sea la estructura del sistema, si el número de depósitos centrales y regionales no es lo bastante alto como para justificar un muestreo, este indicador deberá obtener datos de todos ellos, así como de una muestra de los puntos de dispensación (o de todos ellos, si sólo unos pocos lugares del país ofrecen ARV).</p>
Numerador	Número de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que han registrado al menos un agotamiento de existencias en los seis meses anteriores.
Denominador	Número total de puntos de almacenamiento y número total de puntos de dispensación.
Fundamento lógico y lo que mide	<p>Este indicador mide si se producen agotamientos de existencias en los puntos de almacenamiento o dispensación del sistema de suministro de fármacos. Un agotamiento de existencias se define como la completa ausencia de un medicamento necesario en un punto de almacenamiento o de dispensación durante al menos un día.</p> <p>Para lograr un abastecimiento suficiente de ARV y prevenir las farmacorresistencias es fundamental que se supervisen continuamente el inventario y el sistema de distribución de los ARV, dando cuenta de las pérdidas y registrando el suministro de medicamentos de primera y segunda línea.</p> <p>Los datos de los puntos de almacenamiento y los de dispensación (farmacias, centros de salud) deben recopilarse por separado, aunque pueden agregarse para las notificaciones sencillas. No obstante, si se detectan agotamientos de existencias, los datos desglosados permitirán evaluar los puntos en los que el sistema ha fracasado.</p>
Instrumentos y métodos de valoración	<p>Si existe un sistema nacional de adquisición, dispensación y seguimiento de los medicamentos, puede obtenerse de él la información para este indicador. Sin embargo, si hay varios sistemas paralelos de suministro y dispensación de medicamentos (públicos, sin ánimo de lucro), debe realizarse una encuesta específica de éstos.</p> <p>Se pueden localizar los puntos de almacenamiento y distribución examinando el sistema de dispensación de medicamentos. Deben incluirse en el denominador todos los puntos centrales, regionales y locales en los que se reciben medicamentos para su almacenamiento.</p> <p>Si en el país sólo un número limitado de puntos de dispensación proporcionan ARV, deben contabilizarse todos (incluidos los establecimientos identificados para el Indicador básico 2, más las farmacias, si procede). Si el número es alto, debe seleccionarse una muestra.</p> <p>Para medir este indicador deben utilizarse fichas de existencias en todos los puntos de almacenamiento y en los puntos de dispensación seleccionados.</p>

Frecuencia	Anual durante la fase de ampliación, y luego bienal.
Ventajas y limitaciones	<p>Este indicador se basa en los sistemas de dispensación y seguimiento de medicamentos que existen en la mayor parte de los países y registra un componente fundamental del programa de TAR: el suministro continuo de ARV.</p> <p>Sin embargo, no informa sobre los motivos por los que se agotan las existencias ni sobre la calidad del sistema de almacenamiento, dispensación y distribución. A algunos países puede interesarles resumir la calidad global de estos sistemas, como se propone en el Indicador adicional 3.1. Como indicadores, los agotamientos de existencias pueden, además, inducir a error, porque un almacén quizá reserve unas pequeñas existencias pero siga la política de no suministrarlas nunca. Puede ser preferible obtener información sobre los agotamientos funcionales de existencias (imposibilidad de suministrar un medicamento necesario).</p> <p>Este indicador se centra en los sistemas de suministro de medicamentos de carácter público o sin fines de lucro. Sin embargo, en algunos países, el sector privado desempeña un papel destacado en el abastecimiento de ARV. Cuando así ocurra, y siempre que sea posible, se incluirá a los sistemas privados de suministro de medicamentos en esta evaluación.</p>

Indicador adicional 3. 1: Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que cumplen los criterios de calidad mínimos y no tienen agotamientos de existencias Complementa al Indicador básico 3. Es uno de los indicadores de alerta anticipada de farmacorresistencia .	
Definición	<p>Porcentaje de puntos de almacenamiento y dispensación de ARV que cumplen los criterios mínimos de calidad.</p> <p>Los puntos de almacenamiento suelen ser depósitos (es decir, no dispensan medicamentos a las personas). Los puntos de dispensación son farmacias, centros de salud y consultorios (incluidos los centros de TB) en los que se suministran ARV a los pacientes.</p> <p>En muchos países, el sistema de distribución de fármacos consta de un nivel central, un nivel de distrito y puntos de dispensación; los nodos centrales y de distrito suelen tener la función de depósitos, no así los puntos de dispensación. En cambio, en otros países, los fármacos se dispensan desde una unidad central directamente a los puntos de distribución, de modo que los puntos de dispensación pueden tener también la función de depósitos. Sea cual sea la estructura del sistema, si el número de depósitos centrales y regionales no es lo bastante alto como para justificar un muestreo, este indicador deberá obtener datos de todos ellos, así como de una muestra de los puntos de dispensación (o de todos ellos, si sólo unos pocos lugares del país ofrecen ARV).</p> <p>Los criterios mínimos de calidad consideran, además de la ausencia de agotamientos de existencias, la calidad de la distribución a los puntos de dispensación y del almacenamiento (para más detalles, véase Instrumentos y métodos de valoración).</p>
Numerador	Número de puntos de almacenamiento y de dispensación que cumplen los criterios de calidad.
Denominador	Número total de puntos de almacenamiento y de dispensación muestreados (preferiblemente el mismo número que los muestreados para el Indicador básico 3).
Fundamento lógico y lo que mide	<p>Este indicador mide varios componentes clave de la cadena de suministro de ARV. Un programa de TAR sólo puede ser eficaz si se mantiene un flujo ininterrumpido de ARV de una calidad adecuada. Este indicador se basa en el Indicador básico 3. Describe algunos elementos fundamentales de la calidad del sistema de distribución y permite seguir de cerca las mejoras de ésta. El desglose de los datos por elementos de la calidad permite ver dónde se están produciendo problemas y orientar las acciones programáticas encaminadas a corregirlos.</p>
Instrumentos y métodos de valoración	<p>Pueden localizarse los puntos de almacenamiento y distribución examinando el sistema de dispensación de medicamentos. Se incluirán en el denominador todos los puntos centrales, regionales o locales en los que se reciban fármacos para su almacenamiento. Si, en el país estudiado, el número de puntos de dispensación que proporcionan ARV es limitado, se incluirán todos (entre ellos los identificados para el Indicador básico 2, más las farmacias que procedan); si es elevado, se elegirá una muestra.</p> <p>Para ser incluido en el numerador, un punto de almacenamiento o distribución debe cumplir todos los criterios siguientes (además de no haber tenido agotamientos de existencias en los seis meses anteriores):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución al punto de dispensación a los pacientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Número suficiente de vehículos operativos. b. Número suficiente de conductores con permiso de conducción. c. Rutas de distribución establecidas y registros de expedición. 2. Calidad del almacenamiento, que tiene en cuenta los elementos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Existe un sistema de control de la temperatura. b. La zona de almacenamiento cuenta con ventanas que pueden abrirse o rejillas de ventilación. c. Está protegida de la luz solar directa (por ejemplo, ventanas pintadas, cortinas o persianas). d. Es una zona sin humedades (por ejemplo, no hay goteras en el techo, ni tuberías de evacuación o grifos). e. Los medicamentos no se almacenan directamente sobre el suelo. f. Se dispone de un lugar de almacenamiento refrigerado con una tabla de temperaturas. g. Los medicamentos se almacenan de forma sistemática (por ejemplo, alfabética, farmacológica o «primero en caducar-primero en salir»). h. Los comprimidos y las cápsulas no se manipulan con las manos desnudas. i. Hay espacio suficiente para almacenar los medicamentos. j. Un sistema de seguridad adecuado protege de los robos.

Frecuencia	Anual durante la fase de ampliación, y luego bienal.
Ventajas y limitaciones	<p>La ventaja de este indicador es que la información necesaria puede obtenerse del sistema nacional de seguimiento de la calidad existente en muchos países. Si no se dispone de él, es fácil recopilar los datos observando una muestra de los puntos de almacenamiento y dispensación.</p> <p>Este indicador puede aportar información que permita comparar entre sí diversas regiones de un país, sobre todo en caso de que existen diferencias considerables entre el ámbito rural y el urbano respecto a la calidad del sistema sanitario. Sin embargo, sólo valora los elementos básicos de la calidad (agotamientos de existencias, dispensación y almacenamiento). Otros importantes componentes de un sistema de suministro de medicamentos de calidad satisfactoria escapan a la valoración. Con este indicador se pretende obtener una panorámica de la calidad aplicable al seguimiento y las comparaciones a nivel nacional. Para llevar a cabo acciones programáticas concienzudas debe existir un sistema de seguimiento de los medicamentos y de aseguramiento de la calidad.</p> <p>Este indicador se centra en los sistemas de suministro de medicamentos de carácter público o sin fines de lucro. Sin embargo, en algunos países, el sector privado desempeña un papel destacado en el abastecimiento de ARV. Cuando así ocurra, y siempre que sea posible, se incluirá a los sistemas privados de suministro de medicamentos en esta evaluación.</p> <p>Una vez establecido el sistema de suministro de medicamentos con las características básicas de calidad, lo más probable es que el programa nacional de TAR cambie a una gestión más general del aseguramiento de la calidad.</p>

Indicador básico 4: Número de agentes de atención de salud formados en la dispensación de TAR con arreglo a normas nacionales o internacionales

<p>Definición</p>	<p>Número de agentes de atención de salud (por tipo) que han sido adiestrados por vez primera o readiestrados en la dispensación de TAR con arreglo a directrices nacionales o internacionales en los 12 meses anteriores. Esta definición abarca a los agentes de atención de salud cuyo nivel de formación les permita asumir una función directa en apoyo de la ampliación del TAR. Dicha formación abarcará la prestación de servicios clínicos de TAR, la gestión de programas, los servicios de prevención o la vigilancia.</p> <p>Se incluyen los tipos de agentes de atención de salud siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) médicos y profesionales sanitarios con conocimientos prácticos similares (por ejemplo, funcionarios médicos); (b) enfermeros y otros profesionales sanitarios con conocimientos prácticos similares (por ejemplo, matronas, funcionarios clínicos); (c) otros agentes de atención de salud y personal no técnico en entornos clínicos, incluidos los centros de TB; (d) asesores; (e) técnicos y personal de laboratorio en general; (f) personal de farmacia o dispensación; (g) gestores de programas; (h) otro personal de apoyo (incluidos los responsables de archivos); (i) personal comunitario de apoyo al tratamiento (compañeros educadores, agentes de extensión, voluntarios, cuidadores informales). <p>Se supone que, en la mayor parte de los entornos, esta formación se lleva a cabo mediante programas especializados a los que los agentes de atención de salud se incorporan una vez finalizada su preparación ordinaria (capacitación en el servicio). Sólo se incluirá en el indicador a los agentes de atención de salud que hayan recibido esta formación.</p>
<p>Fundamento lógico y lo que mide</p>	<p>El indicador mide la disponibilidad de personal formado para lograr las metas nacionales de la ampliación. Comprende agentes de atención de salud clínicos y no clínicos que contribuyen al desarrollo y la aplicación de los servicios de TAR y ofrecen también otros servicios de apoyo fundamentales.</p>
<p>Instrumentos y métodos de valoración</p>	<p>La información necesaria para este indicador puede obtenerse de 2 fuentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Registros de programas de organizaciones (privadas o públicas, u ONG) que están proporcionando la mayor parte de la formación relacionada con el TAR en un determinado país. En la mayoría de ellos, un número limitado de dichas organizaciones es responsable de toda la formación (conocidas generalmente como organismos nacionales de coordinación de la lucha contra el SIDA), y la información para este indicador puede obtenerse de sus registros. 2) Encuestas en los establecimientos (en los que ofrecen TAR). <p>Si los datos se obtienen de registros de programas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Se anotará la fuente (nombre, tipo de organización, fecha y personas contactadas) en el momento de recopilar la información. b) El indicador ofrece información sobre el volumen general de personal formado en la lucha contra el VIH/SIDA en el país. c) Sin embargo, no evalúa si los agentes de atención de salud adiestrados están trabajando en establecimientos que dispensan TAR. Es fundamental establecer esta relación para vigilar los avances en la ampliación del acceso a los servicios de TAR: el Indicador básico 5 del presente documento, en su apartado (f), lo permite; evalúa si un establecimiento tiene al menos a un miembro del personal dispensador de TAR que haya recibido formación en los 12 meses anteriores. d) Combinado con la información sobre los establecimientos, este indicador puede ayudar a identificar los cuellos de botella en la gestión de los recursos humanos. Por ejemplo, permite comparar los informes sobre escasez de personal de los establecimientos con la información sobre los efectivos formados a nivel nacional, y juzgar si dicha escasez es absoluta o relativa (por ejemplo, si está asociada a obstáculos a la contratación, como barreras geográficas, falta de incentivos o ambas cosas).

	<p>Si los datos se obtienen de encuestas basadas en establecimientos (registros de formación conservados en estos):</p> <p>a) El indicador puede calcularse como porcentaje de los establecimientos sanitarios muestreados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de agentes de atención de salud adiestrados o readiestrados recientemente en los establecimientos sanitarios seleccionados que dispensan TAR. • Denominador: Número total de agentes de atención de salud en los establecimientos seleccionados que dispensan TAR. <p>b) El indicador muestra si los individuos adiestrados trabajan también en establecimientos que dispensan TAR (y se relaciona directamente con el Indicador básico 5, apartado (f), del presente documento, que evalúa si entre el personal dispensador de TAR de cada establecimiento de salud hay al menos un miembro que ha recibido formación en los 12 meses anteriores).</p> <p>Independientemente de la fuente de información, deben recopilarse los datos por separado para cada uno de los grupos de agentes de atención de salud enumerados más arriba, aunque pueden agregarse en un solo grupo para facilitar las notificaciones. No obstante, la información es más ilustrativa cuando se notifica según el tipo de personal.</p> <p>Antes de recopilar la información es preciso definir el grado mínimo aceptable de calidad del adiestramiento. En muchos países, le ha correspondido al organismo nacional de coordinación de la lucha contra el SIDA o a organizaciones profesionales fijar los criterios de dicha calidad. Ha sido el caso, sobre todo, de países que han implantado sistemas de certificación para el adiestramiento en la lucha contra el VIH/SIDA. Éste debe conducir al logro de un conjunto mínimo de competencias necesarias para desempeñar un papel activo en el apoyo al TAR, en consonancia con las recomendaciones o directrices nacionales.</p> <p>La formación puede impartirse en módulos a lo largo de un periodo y contar con elementos teóricos y prácticos. Sólo se incluirá a los agentes de atención de salud que realicen satisfactoriamente todo el curso (no sólo un módulo). Para evitar duplicidades en el recuento no se contabilizarán los cursos de perfeccionamiento de los trabajadores ya adiestrados.</p>
Frecuencia	Anual durante la fase de ampliación, y luego bianual.
Ventajas y limitaciones	<p>Este indicador es especialmente útil en las fases iniciales de las respuestas de ámbito nacional al VIH/SIDA, cuando se prevé que el número acumulado de profesionales sanitarios formados crezca continuamente hasta alcanzar un volumen «crítico» (o el máximo deseado).</p> <p>Una vez alcanzado dicho volumen, es probable que el enfoque cuantitativo del indicador, centrado en el número de profesionales sanitarios formados, pase a ser superfluo; la valoración puede entonces orientarse a captar la calidad de la formación, del perfeccionamiento profesional y de las comprobaciones o supervisiones de las prácticas asistenciales, como se indica continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del programa de formación: contenido y duración; cumplimiento de las normas internacionales y cuestiones de interés local. • Evaluación de los resultados de la formación, con valoraciones de los conocimientos y actitudes de los prestadores de atención sanitaria, autoevaluaciones y observación directa de su ejercicio profesional. • Valoración del mantenimiento y la mejora de la competencia profesional a lo largo del tiempo (por ejemplo, renovación de la acreditación, formación continua, evaluaciones de los conocimientos y el desempeño, auditorías del ejercicio profesional). • Implantación de sistemas de acreditación que den fe de la cualificación de los individuos para el ejercicio profesional. La OMS está trabajando con otros asociados en la elaboración de directrices e instrumentos para organizar y aplicar programas de acreditación. <p>Además, algunos países pueden tener capacidad para evaluar el desempeño de los profesionales sanitarios mediante investigaciones operativas.</p>

Indicador básico 5: Porcentaje de establecimientos sanitarios dotados de sistemas y elementos para prestar servicios de tratamiento antirretrovírico Vinculado al Indicador básico de atención y apoyo 7.	
Definición	<p>Porcentaje de establecimientos sanitarios de diversos niveles del sistema de atención de salud dotados de sistemas y elementos para prestar servicios de TAR.</p> <p>Este indicador es el mismo que el Indicador básico 7, subcomponente (c), de la Guía de atención y apoyo: Capacidad de proporcionar servicios de apoyo psicosocial y clínicos avanzados sobre el VIH/SIDA, (c): Sistemas y elementos para proporcionar tratamiento antirretrovírico combinado.</p>
Numerador	Número de establecimientos sanitarios que dispensan ARV y disponen de todos los sistemas y elementos necesarios para prestar servicios de TAR de calidad satisfactoria (según se describe más adelante).
Denominador	Número total de establecimientos sanitarios dispensadores de TAR encuestados.
Fundamento ógico y lo que mide	Este indicador mide la disponibilidad y la calidad de los servicios de TAR. Se da por supuesto que, en la mayor parte de los casos, dichos servicios se ofrecen en entornos sanitarios que pueden dispensar atención sanitaria avanzada. El indicador puede medirse como un componente del Indicador básico 7 de la Guía de atención y apoyo, que comprende otros elementos de los servicios clínicos y psicosociales avanzados que complementan la dispensación de TAR (por ejemplo, la atención de las infecciones oportunistas o la asistencia hospitalaria avanzada para personas que viven con el VIH/SIDA).
Instrumentos y métodos de valoración	<p>La información debe recopilarse mediante una encuesta de establecimientos sanitarios basada en observaciones llevadas a cabo en todas las áreas de servicios pertinentes.</p> <p>Para ser incluido en el numerador, un establecimiento debe cumplir los criterios siguientes.</p> <p>(a) Observancia de las directrices o protocolos que rigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) el tratamiento y la prevención de las infecciones oportunistas; (2) la prestación de cuidados paliativos (alivio de los síntomas y el dolor); (3) la atención de los niños y jóvenes que viven con el VIH/SIDA; (4) los procedimientos normalizados de trabajo para servicios e intervenciones dirigidos a personas que viven con el VIH/SIDA; (5) la gestión del TAR en adultos, adolescentes, preadolescentes y niños. <p>(b) Disponibilidad permanente de los ARV específicos del país, sin que se hayan notificado agotamientos de existencias en los seis meses anteriores. Deben inspeccionarse las fichas de existencias y se anotarán todos los agotamientos de éstas ocurridos en los últimos seis meses.</p> <p>(c) Establecimientos dotados de laboratorios con capacidad para mantener un sistema documentado de derivación de pacientes y recepción de los resultados de al menos una de las determinaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Recuento de linfocitos CD4+, recuento indirecto de linfocitos CD4+, recuento de linfocitos totales o determinación de la carga vírica; <p>o</p> <p>Establecimientos con capacidad para mantener un sistema documentado de envío de pacientes y recepción de pruebas de laboratorio, incluidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (2) un registro en el que consten la derivación y el resultado de la prueba; <p>y</p> <ol style="list-style-type: none"> (3) una indicación de que a la persona que se sometió a la prueba se le ha dado el resultado o una cita para el seguimiento. <p>(d) Un sistema de concertación de citas y de seguimiento que fije calendarios de citas y refleje si los clientes han acudido a ellas.</p> <p>(e) Fichas individuales de clientes para determinar el número de personas que reciben TAR en el establecimiento en cuestión.</p> <p>(f) En el establecimiento hay al menos un proveedor de servicios de TAR que en los 12 meses anteriores ha recibido adiestramiento en dispensación de ARV, en asesoramiento sobre observancia terapéutica, en asesoramiento sobre reducción de riesgo, o en rehabilitación nutricional y problemas nutricionales asociados a estos medicamentos.</p> <p>(g) Al menos la mitad de los proveedores de servicios de TAR encuestados deben haber sido supervisados individualmente en los tres meses anteriores.</p>

Frecuencia	Anual durante la ampliación, y luego bienal a cuatrienal.
Ventajas y imitaciones	<p>Este indicador es un compendio de muchos aspectos distintos de la prestación de asistencia y servicios, todos los cuales deben estar presentes para poder incluir al establecimiento en el numerador. Dado que los servicios tienden a mejorar de forma irregular, sobre todo en los entornos con recursos limitados, es probable que el valor resultante se mantenga bajo durante cierto tiempo. El desglose del indicador pone de manifiesto las áreas en las que los servicios han mejorado y aquellas en las que persiste el retraso.</p> <p>La valoración de los componentes del indicador comporta inevitablemente cierta subjetividad. Ello puede influir en las comparaciones entre países y, si el equipo de supervisión cambia, también en las tendencias a lo largo del tiempo. .</p>

Indicador básico 6: Porcentaje de establecimientos sanitarios con servicios de TAR que también prestan atención integral, incluidos servicios de prevención, a personas seropositivas para el VIH. Vinculado al Indicador básico de atención y apoyo 5.	
Definición	Porcentaje de establecimientos con servicios de TAR que prestan asimismo atención integral, incluida la prevención, a personas seropositivas para el VIH, o que las derivan si dichos servicios no están disponibles en el lugar.
Fundamento ógico y lo que mide	<p>Los servicios preventivos son un componente obligatorio de la atención integral. Sin una prevención eficaz para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH, las iniciativas de TAR no pueden crecer al ritmo que se propaga la enfermedad. Los programas de TAR constituyen una oportunidad única de ofrecer dichos servicios, adaptados específicamente a las personas seropositivas para el VIH.</p> <p>La gama completa de servicios de prevención del VIH comprende el asesoramiento sobre reducción del riesgo, la promoción y distribución de preservativos, la notificación a la pareja, la educación en reducción del daño y los servicios correspondientes, y la educación en ITS y su tratamiento. Lo ideal es que los establecimientos que dispensen TAR cuenten con todos estos servicios, pero, como mínimo, deben ofrecer el asesoramiento sobre reducción del riesgo y la promoción y distribución de preservativos. En aquellos en los que no sea posible prestar servicios preventivos debe implantarse un sistema eficaz de derivación. Ello supone disponer en cada punto de servicio de un formulario o una lista de derivación en la que se identifiquen uno o varios establecimientos de referencia para las personas en las que se sospeche o se haya confirmado la infección por el VIH.</p> <p>Los servicios preventivos son, además, uno de los componentes de la atención integral de las personas seropositivas para el VIH. Comprenden los siguientes:</p> <p>Servicios de atención de salud: Pruebas del VIH y asesoramiento previo y posterior a ellas; tratamiento ambulatorio u hospitalario de las infecciones oportunistas y otros trastornos relacionados con el VIH; tratamiento preventivo de las infecciones oportunistas, incluida la tuberculosis; cuidados paliativos sintomáticos, y tratamiento antirretrovírico combinado.</p> <p>Servicios psicológicos: Apoyo emocional y asesoramiento posterior; grupos de apoyo o clubes para las personas cuya prueba del VIH ha resultado positiva, y apoyo espiritual.</p> <p>Apoyo social y jurídico: Organizaciones de base comunitaria, de base domiciliaria y confesionales u otros organismos que ofrecen apoyo material, alimentario, económico o jurídico (como planificación de sucesiones y redacción de testamentos) para las personas que viven con el VIH/SIDA y/o sus familias.</p> <p>Apoyo a los niños huérfanos y vulnerables: Organizaciones de base comunitaria y confesionales u otros organismos que fortalecen las intervenciones de atención y apoyo destinadas a los niños huérfanos y vulnerables afectados por el VIH/SIDA.</p> <p>Este indicador no contempla la prevención de la transmisión de la madre al niño; para esta área es preciso remitirse a la <i>National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children [Guía nacional para la vigilancia y evaluación de los programas de prevención del VIH en lactantes y niños pequeños]</i>.</p>
Numerador	Número de establecimientos sanitarios que ofrecen atención integral, incluidos servicios de prevención.
Denominador	Número total de establecimientos de salud encuestados que dispensan TAR (puede ser un subgrupo de los establecimientos encuestados para el Indicador básico 5).
Instrumentos y métodos de valoración	<p>Los datos se recopilan mediante una encuesta de establecimientos realizada en los puntos de dispensación de TAR. Si el establecimiento ofrece servicios de prevención, el encuestador deberá registrar qué componentes se proveen y si son los más adecuados para la población de pacientes (es decir, si la reducción del daño se corresponde con los comportamientos de riesgo prevalentes).</p> <p>En caso de que el establecimiento no los ofrezca, la evaluación deberá indagar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si existe un directorio de derivación en el que figuran los servicios de la zona con el nombre de cada uno de ellos y la información de contacto; • si se dispone de un formulario de derivación por escrito en el que los proveedores pueden hacer constar el nombre y la ubicación de los servicios de referencia; • si existe un registro que permite a los encuestadores ver adónde se ha derivado a los pacientes.

Frecuencia	Anual durante la ampliación, y luego bienal a cuatrienal.
Ventajas y limitaciones	El indicador atiende a la prestación de servicios de prevención o a la derivación a éstos, pero no evalúa su calidad. Tampoco puede medir el resultado de las derivaciones. Se necesitarían estudios especiales para evaluar en qué medida los servicios se adecuan a los comportamientos de riesgo y la naturaleza de la epidemia, y son funcionales y utilizados por los pacientes que reciben TAR.

Indicador básico 7: Porcentaje de personas con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico combinado Es un indicador del UNGASS. ⁷	
Definición	Porcentaje de personas con infección por el VIH avanzada que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico combinado.
Numerador	<p>Número de personas con infección por el VIH avanzada que reciben tratamiento antirretrovírico combinado de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o con los criterios de la OMS y el ONUSIDA); se calcula como sigue:</p> <p>Número de personas que están recibiendo tratamiento al principio del año más Número de personas que empezaron a recibir tratamiento en los 12 meses anteriores menos Número de personas que dejaron de recibir tratamiento en los 12 meses anteriores (incluidas las que fallecieron).</p>
Denominador	<p>Número de personas con infección por el VIH avanzada (es decir, las que necesitan TAR).</p> <p>El número de adultos que necesitan TAR se calcula sumando los que lo necesitan por vez primera a los que estaban en tratamiento el año anterior y han sobrevivido hasta el año en curso.</p> <p>Se estima que el número de adultos que necesitan TAR por vez primera equivale al de adultos en los que ha aparecido infección avanzada por el VIH pero aún no reciben tratamiento. Dado que algunos de los adultos en los que se prevé que se manifieste la infección avanzada por el VIH pueden haber empezado a recibir tratamiento el año anterior, se corrige el número de los que necesitan TAR por vez primera restándole las personas de este grupo. En la actualidad se supone que entre el 80% y el 90% de los adultos en tratamiento seguirán vivos cuando llegue el año siguiente, en función de la observancia terapéutica, las resistencias, la calidad de la atención clínica y otros factores.</p>
Fundamento lógico y lo que mide	<p>A medida que la pandemia del VIH madura, crece la cifra de personas que llegan a estadios avanzados de la infección. Se ha comprobado que el TAR combinado reduce la mortalidad entre los infectados, por lo que se están haciendo esfuerzos para hacerlo más asequible en los países menos desarrollados.</p> <p>Este indicador, presentado durante el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (y modificado por el ONUSIDA en 2004), evalúa los avances en la dispensación de tratamiento ARV combinado a todas las personas con infección por el VIH avanzada.</p>
Instrumentos y métodos de valoración	<p>Este indicador puede compilarse a partir de datos de vigilancia de los programas. El denominador se obtiene calculando el número de personas con infección por el VIH avanzada que necesitan tratamiento ARV combinado, para lo cual suele partirse de los últimos datos de vigilancia «centinela». Siempre que sea posible, se incluirá en el cálculo la dispensación de ARV a través del sector privado, y se registrará su magnitud por separado.</p> <p>Se especificarán las fechas de inicio y fin del periodo de administración de TAR. Deben evitarse en la medida de lo posible los solapamientos entre periodos de notificación.</p>

⁷ *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*, Genève, ONUSIDA, 2002 (http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators_fr_pdf.htm).

Frecuencia	Los datos se recopilan de forma continua y se agregan con arreglo a la periodicidad de notificación que corresponda (por ejemplo, semestral durante la ampliación, y luego anual).
Ventajas y limitaciones	<p>Este indicador permite seguir de cerca las tendencias a lo largo del tiempo, pero no distingue entre los distintos tipos de tratamientos disponibles ni mide su coste, su calidad o su eficacia.</p> <p>La proporción de personas con estadios avanzados de infección por el VIH varía según la fase de la epidemia de VIH/SIDA y la cobertura y la eficacia acumuladas del TAR entre los adultos y los niños.</p> <p>Las tasas de prevalencia dinámicas influyen en la exactitud con la que se calcula la población elegible. Las actuales no reflejan las estimaciones cambiantes de la prevalencia, lo cual afecta específicamente al denominador.</p> <p>El grado de utilización del tratamiento ARV combinado depende del coste en relación con los ingresos locales, de las infraestructuras y la calidad de la prestación de servicios, de la disponibilidad y utilización de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, de las impresiones acerca de la eficacia, de los posibles efectos secundarios del tratamiento, etcétera.</p> <p>En este indicador no se incluye el TAR para la PTMN o para la profilaxis posterior al contacto.</p>

Indicador básico 8: Continuación del régimen terapéutico de primera línea a los 6, 12 y 24 meses de iniciado el tratamiento Es uno de los indicadores de alerta anticipada de farmacorresistencia .	
Definición	Porcentaje de personas que continúan en tratamiento y a las que se les sigue prescribiendo un régimen de primera línea normalizado a los 6, 12 y 24 meses de iniciado el TAR.
Numerador	Número de pacientes que siguen en tratamiento y a los que se les sigue prescribiendo un régimen de primera línea normalizado 12 meses después de iniciado el TAR.
Denominador	Número total de pacientes del grupo de comienzo del TAR que iniciaron el tratamiento con un régimen de primera línea en los 6, 12 y 24 meses anteriores.
Fundamento lógico y lo que mide	<p>Este indicador es importante para detectar las señales de alerta anticipada de un posible fracaso del tratamiento. Tanto las modificaciones innecesarias de los regímenes como el fracaso terapéutico y el TAR intermitente se asocian a farmacorresistencia del VIH. El primer año de tratamiento es el más indicativo del éxito del programa en mantener la continuidad del régimen terapéutico.</p> <p>Los programas en los que, al cabo de un año, más del 80% de los nuevos pacientes no están recibiendo un régimen de primera línea tienen menos probabilidades de minimizar la aparición de farmacorresistencias del VIH.</p> <p>Este indicador mide la proporción de pacientes de una determinada cohorte que empiezan a recibir TAR de primera línea y, un año después, siguen recibéndolo.</p>
Instrumentos y métodos de valoración	<p>Se identifica a los pacientes que empiezan a recibir TAR por vez primera mediante las historias clínicas. Para cada paciente se resume el régimen terapéutico (lista de fármacos + dosis y frecuencia) al comienzo del primer mes, y se consultan las fichas de tratamiento o las historias clínicas para obtener las últimas prescripciones disponibles en los meses 6º, 12º y 24º. También pueden utilizarse registros de farmacia. Si la persona en cuestión muere, se pierde para el seguimiento, es transferida a otro programa de tratamiento, deja de tomar el TAR o no tiene prescritos medicamentos en los meses 6º, 12º o 24º, debe registrarse esta información.</p> <p>Observación: Si problemas de toxicidad obligan a sustituir un fármaco por otro, también de primera línea, se considera que el paciente sigue recibiendo un régimen de primera línea.</p>
Frecuencia	La extracción de datos se lleva a cabo mensualmente en las cohortes que hayan iniciado el TAR 6, 12 y 24 meses antes. Los numeradores y denominadores se suman al final del año civil para obtener porcentajes anuales.
Ventajas y limitaciones	Este indicador no mide las interrupciones temporales del TAR, por lo que puede sobreestimar la continuidad del TAR de primera línea. Cuando sea posible, se recopilará también información acerca de la recogida de medicamentos cada mes por parte de los pacientes. La calidad de este indicador depende, a su vez, de la calidad de las historias médicas y del registro de pacientes.

Indicador básico 9: Supervivencia a los 6, 12, 24, 36, etc. meses de iniciado el tratamiento Es uno de los indicadores de alerta anticipada de farmacoresistencia .	
Definición	<p>Porcentaje de personas vivas y que se sabe que están en tratamiento a los 6, 12, 24, 36, etc. meses de iniciado éste.</p> <p>El indicador puede formularse como una estimación mínima y máxima de la supervivencia, según los criterios de inclusión del denominador (véanse a continuación las opciones (a) y (b)).</p>
Numerador	Número de personas que siguen recibiendo continuamente TAR a los 6, 12, 24, 36, etc. meses de iniciado.
Denominador	<p>(a) Supervivencia mínima: Número total de pacientes del grupo de comienzo del TAR que empezaron a recibirlo en los 6, 12, 24, 36, etc. meses anteriores, incluidos los que hayan dejado de recibirlo, los que hayan sido transferidos o aquellos cuyo seguimiento se haya perdido.</p> <p>(b) Supervivencia máxima: Número total de pacientes del grupo de comienzo del TAR que empezaron a recibirlo en los 6, 12, 24, 36, etc. meses anteriores, excluidos los que hayan dejado de recibirlo, los que hayan sido transferidos o aquellos cuyo seguimiento se haya perdido.</p>
Fundamento lógico y lo que mide	Uno de los objetivos de todo programa de TAR debería ser incrementar la supervivencia entre los infectados. Este indicador valora en qué medida el tratamiento puede prolongar la vida de una persona, para lo cual determina cuántos individuos sobreviven después de recibir tratamiento durante 6, 12, 24, 36, etc. meses.
Instrumentos y métodos de valoración	<p>La información sobre la supervivencia puede extraerse de registros de pacientes (HMIS) recopilando los resultados de varias cohortes mensuales, cada una de ellas tabulada a los 6 meses de tratamiento, a los 12 meses y luego anualmente. Para tener un conocimiento general de la supervivencia deben medirse los componentes siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de personas que han empezado a recibir TAR y fecha de comienzo. Número de personas que siguen recibiendo continuamente TAR a los 6, 12, 24, 36, etc. meses de iniciado. Número de personas que han dejado de recibir TAR, que han sido transferidas, cuyo seguimiento se ha perdido o que han fallecido. <p>Una parte de las personas que han dejado de recibir tratamiento, o cuyo seguimiento se ha perdido, pueden seguir vivas, pero no han recibido el tratamiento de forma continua, por lo que no deben incluirse en el numerador.</p> <p>Las personas que son trasladadas de un programa de TAR a otro y cuya fecha de inicio del tratamiento está registrada deben contabilizarse como en tratamiento continuo.</p> <p>Estos datos deben presentarse para cada periodo especificado. Se recomienda que, si es factible, los programas mantengan el seguimiento de los pacientes durante el tiempo que permanezcan en tratamiento, ya que el SIDA es una enfermedad que dura toda la vida.</p> <p>Para medir este indicador es preciso realizar recopilaciones semestrales de los datos de los nuevos pacientes.</p>
Frecuencia	Los datos se recopilan de forma continua y se agregan con arreglo a la periodicidad de notificación que corresponda.
Ventajas y limitaciones	<p>La ventaja de este indicador estriba en que es fácil recopilar los datos, ya que todos los programas de TAR deben seguir de cerca a los pacientes en tratamiento y determinar el número de ellos que sobreviven más allá de determinados periodos.</p> <p>Es posible que los registros de pacientes no incluyan a las poblaciones móviles (por ejemplo, refugiados) o la antigüedad de su tratamiento.</p> <p>La información relativa este indicador sólo puede obtenerse de un número limitado de establecimientos de atención avanzada o de referencia, o bien de estudios de cohortes específicos durante la ampliación de los SIGS nacionales. Cabe prever que a medida que éstos se institucionalicen y cobren funcionalidad se obtengan datos más globales.</p>

ANEXO I

INDICADORES PARA LAS ACTIVIDADES COLABORATIVAS VIH/TB

La OMS y sus asociados han elaborado una guía⁸ orientada a ayudar en la gestión de los programas de TB y de VIH/SIDA que están implantando o planean implantar actividades colaborativas TB/VIH. Aunque para ambos tipos de programas existen ya guías de VyE y listas de indicadores, es fundamental disponer de una guía independiente para las actividades colaborativas TB/VIH por las razones siguientes:

- La magnitud de ambas epidemias en conjunto y su impacto exigen intervenciones eficaces, coordinadas y bien gestionadas.
- Las actividades colaborativas TB/VIH son un área nueva y en desarrollo, y se debe demostrar que son eficaces para justificar que se conviertan en parte esencial de las respuestas nacionales e internacionales a la doble epidemia de TB y VIH.
- La VyE proporciona los medios para evaluar la calidad, la eficacia, la cobertura y la prestación de servicios y promover una cultura de aprendizaje en el seno de dichos programas, garantizando así la mejora continua de la salud.
- La urgente necesidad de actuar frente a la TB y el VIH significa que deben obtenerse resultados rápidamente para poder ampliar el acceso a las intervenciones eficaces y retirar o adaptar las ineficaces.

La guía comprende 20 indicadores relacionados con los recursos, los procedimientos, los resultados y el impacto de las actividades colaborativas TB/VIH. A continuación se presenta el Indicador básico especialmente relacionado con la dispensación de TAR a pacientes con infección TB registrados y seropositivos para el VIH. En la citada guía se presenta el conjunto completo de indicadores.

⁸ Organisation mondiale de la Santé. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342 et WHO/HIV/2004.09).

Indicador C.5.1 Proporción de pacientes registrados con infección TB y seropositivos para el VIH que han recibido TAR durante el tratamiento de la TB	
Definición	Número de pacientes registrados con infección TB y seropositivos para el VIH que, durante el tratamiento de la TB o a su término, empiezan a recibir ARV o siguen recibiendo un TAR iniciado anteriormente, expresado como una proporción del total de pacientes registrados con infección TB y seropositivos para el VIH.
Numerador	Todos los pacientes con infección TB y seropositivos para el VIH que se han registrado a lo largo de un determinado periodo y reciben TAR (lo han iniciado o no han interrumpido el que ya recibían).
Denominador	Todos los pacientes con infección TB y seropositivos para el VIH que se han registrado a lo largo del mismo periodo.
Objetivo	Indicador de resultados que valora la dedicación y la capacidad de un servicio de TB para garantizar que los pacientes con infección TB y seropositivos tengan acceso al TAR.
Metodología	Los métodos de recopilación de datos variarán en función de los encargados de dispensar TAR a los pacientes con TB. En los entornos en los que es personal del programa de lucha antituberculosa el que evalúa la elegibilidad de éstos y empieza a administrarles TAR, pueden obtenerse los datos de este indicador a partir de registros modificados de TB o de registros independientes de TB/VIH. Los datos deben notificarse una vez terminado el tratamiento antituberculoso, con objeto de incluir a todos los pacientes con infección TB que han empezado a recibir TAR en cualquier momento de su tratamiento para la TB. En entornos en los que los pacientes con infección TB se remiten a servicios de VIH/SIDA u otros servicios asistenciales para ser evaluados y que se les administre TAR debe establecerse un sistema que garantice que el programa de lucha antituberculosa esté informado del resultado de la derivación, es decir, de si dichos pacientes han empezado o no a recibir TAR, y que esta información se anote en un registro de TB modificado o en uno específico de TB/VIH. Esto es importante no sólo para la gestión del programa, sino también para la atención individual de los pacientes. El personal de los servicios de lucha antituberculosa debe tener conocimiento de que un paciente con infección TB ha empezado a recibir TAR o sigue recibéndolo, porque así podrá tratar adecuadamente las reacciones e interacciones farmacológicas. Los pacientes con infección TB pueden empezar a recibir TAR en cualquier momento de su tratamiento antituberculoso. Se puede retrasar su comienzo por demora en las pruebas del VIH o bien porque se desee reducir el riesgo de interacciones farmacológicas de la fase de tratamiento intensivo. Los métodos de recopilación de datos deben ser capaces de contabilizar los TAR iniciados en cualquier momento del tratamiento antituberculoso.
Periodicidad	Recopilación continua y notificación con los datos trimestrales de resultados de la cohorte
Ventajas y limitaciones	El TAR mejora considerablemente la calidad de vida, reduce la morbilidad y prolonga la supervivencia de las personas con infección por el VIH avanzada o SIDA. De entre los grupos que están ya en contacto con los servicios de salud, los pacientes con infección TB y seropositivos para el VIH son uno de los más numerosos con probabilidades de beneficiarse del TAR, por lo que deben hacerse esfuerzos por identificar y tratar a las personas que reúnen las condiciones para recibirlo. Este indicador mide el grado en que el TAR se ha convertido en un componente del paquete asistencial ofrecido a los pacientes con TB seropositivos para el VIH y proporciona una medida de su accesibilidad para dichos pacientes, de la disponibilidad de medicamentos, del grado en que los proveedores de atención sanitaria promueven el TAR como integrante de la atención habitual, y del éxito de los servicios de lucha antituberculosa y TAR en su labor de derivar, atender y seguir de cerca a los pacientes con infección TB registrados que reúnen las condiciones para recibir ARV (es decir, la capacidad del proceso de derivación). No valora si los pacientes son tratados correctamente con un régimen adecuado, ni tampoco el momento del tratamiento antituberculoso en el que se empieza administrar el TAR, la observancia terapéutica, o la calidad de la vigilancia o el seguimiento de los pacientes. Tampoco puede medir el impacto del TAR entre las personas que lo reciben. Los valores previstos para el indicador variarán en función de los criterios nacionales de elegibilidad para recibir el TAR y de la disponibilidad del recuento de linfocitos CD4+. Cabe prever que, de no disponer de recuentos de linfocitos CD4+, se empiece a administrar TAR a la mayor parte de los pacientes con infección TB seropositivos para el VIH, exceptuando a aquellos que empeoren o que, por alguna otra razón, no sean elegibles para el TAR, por lo que este indicador debe interpretarse con cautela, sobre todo cuando se comparan países entre sí.
Importancia	Básico. Deben recopilarse datos para este indicador incluso en entornos en los que no se disponga de TAR en el sector público, ya que esta información es, en sí misma, importante.
Responsabilidad	PNCS y PNCTB.
Instrumentos de valoración	Registro de TB modificado, registro de atención del VIH/SIDA modificado o registro independiente de TB/VIH con sistema de derivación (cuando proceda).

Si desean más información pueden ponerse en contacto con:
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Departamento de VIH/SIDA
20, avenue Appia – CH-1211 Ginebra 27 – SUIZA
E-mail: hiv-aids@who.int – <http://www.who.int/hiv>

ISBN 92 4 359291 2

