

PROGRAMAS NACIONALES CONTRA EL SIDA

Una guía de indicadores para monitorear
y evaluar los programas de prevención
del VIH/SIDA para jóvenes



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Departamento VIH/SIDA
20, Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 359257 2



9 789243 592572

Varios de los indicadores incluidos en esta guía todavía están en fase de prueba y perfeccionamiento. Visite el siguiente sitio Web para obtener actualizaciones de estos indicadores o ejemplos de herramientas para recolectarlos:
http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Programas Nacionales contra el SIDA

**UNA GUÍA DE INDICADORES
PARA MONITOREAR Y
EVALUAR LOS PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA
PARA JÓVENES**

Varios de los indicadores incluidos en esta guía todavía están en fase de prueba y perfeccionamiento. Visite el siguiente sitio Web para obtener actualizaciones de estos indicadores o ejemplos de herramientas para recolectarlos:
http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción	4
Capítulo 2: Consideraciones metodológicas	12
Capítulo 3: Indicadores programáticos	16
Capítulo 4: Indicadores determinantes (factores de riesgo y de protección)	35
Capítulo 5: Indicadores conductuales	49
Capítulo 6: Indicadores de impacto	65
Anexo: Metodología	73
Referencias	80

ABREVIATURAS

API	índice de esfuerzo de programas contra el SIDA
APS	atención primaria de la salud
ARV	antirretroviral
CDC	Centros de los Estados Unidos para la Prevención y el Control de enfermedades
CP	clínica prenatal
EDS	Encuestas Demográficas y de Salud
EIMA	Encuestas de Indicadores Múltiples Agrupados
EVC	Encuestas de Vigilancia Conductual
FHI	Family Health International
FPNU	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
HSH	hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IEC	información, educación, comunicación
ITS	infección de transmisión sexual
M&E	guías para el monitoreo y evaluación de ONUSIDA
NAFCI	Iniciativa nacional de clínicas amigables para adolescentes (Sudáfrica)
NHV	niños huérfanos y en situación de vulnerabilidad
NIDI	Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA
P&AP	pruebas y apoyo psicológico (para VIH)
PF	planificación familiar
PSI	Servicios de Población Internacional
PTMH	prevención de la transmisión de madre a hijo (del VIH)
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIRP	Sistema de Información de Respuesta del País
SMI	salud materno-infantil
SVCP	servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas
TAR	terapia antirretroviral
TMH	transmisión de madre a hijo (del VIH)
TS	trabajadores sexuales
UDI	usuarios de drogas inyectables
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNGASS	Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN**¿Por qué los programas de prevención del VIH/SIDA deben concentrarse en la juventud?****¿Por qué es necesario tener una guía separada de los indicadores para el monitoreo y la evaluación de los programas de prevención del VIH/SIDA que se concentran en los jóvenes?**

La juventud está en el centro de la pandemia global del VIH/SIDA. Esto es una realidad tanto en países donde hay una epidemia generalizada, como en aquellos donde la epidemia es concentrada. Los jóvenes presentan un alto riesgo de contagio del VIH porque, al iniciar su vida sexual, suelen tener varias relaciones sexuales, normalmente consecutivas y de poca duración y no siempre utilizan condones. En muchos países una proporción significativa de jóvenes inician su actividad sexual antes de alcanzar los 15 años. En algunos países, el uso de drogas por vía intravenosa se está extendiendo a una velocidad alarmante en este grupo de edad (1). Además, es frecuente que los jóvenes cuenten con poca información y conocimiento del VIH/SIDA. Es posible que ellos no tengan conciencia de su vulnerabilidad a esta enfermedad, ni de cuál es la mejor forma de prevenirla. También es frecuente que no tengan acceso a los medios para protegerse.

En las zonas donde el VIH/SIDA está decreciendo e incluso remitiendo ha habido un compromiso genuino con la prevención del VIH, en particular entre la población juvenil⁽²⁾. Los jóvenes pueden tomar decisiones responsables sobre su salud si se les brinda la información, los servicios y el apoyo necesarios para adoptar conductas seguras. Por otra parte, cuando reciben apoyo los jóvenes pueden ayudar a educar a otras personas y motivarlas a tomar decisiones seguras. Trabajar con gente joven representa una de nuestras mayores esperanzas en la lucha contra el SIDA.

Durante la última década han ocurrido acontecimientos significativos en lo que se refiere a la recolección, el análisis y el uso de datos sobre las personas jóvenes y el VIH/SIDA. Una de las lecciones más importantes que hemos aprendido es que los jóvenes están en el centro de la pandemia global y que constituyen una de las mayores esperanzas en la lucha contra esta enfermedad. En respuesta, se han realizado crecientes esfuerzos para desarrollar específicamente los programas o adecuarlos a las necesidades y las realidades de la juventud.

También se han evaluado muchos de los programas y esta experiencia colectiva demostró que:

- La juventud no constituye un grupo homogéneo y por tanto las intervenciones deben diseñarse para subgrupos específicos. Esto requiere que la recolección de datos sobre la población juvenil se divida, por ejemplo, según la edad, el género, la asistencia a clase y el estado civil.
- Se requiere obtener datos que ayuden a definir y comprender a los jóvenes que son especialmente vulnerables, o sea, usuarios de drogas inyectables (UDIs), trabajadores sexuales (TS) y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).
- Existe la necesidad de diferenciar entre factores individuales y contextuales que aumentan la probabilidad de que los jóvenes se involucren en conductas de alto riesgo. Cada vez se reconoce más la importante influencia que los determinantes (factores de riesgo y de protección) ejercen sobre los conductas individuales, así como sobre la forma de medir las necesidades.

(2) Población juvenil: incluye a los jóvenes entre 10 y 24 años.

Por lo tanto, se necesita una guía especial para monitorear y evaluar las políticas y programas nacionales para la prevención del VIH entre los jóvenes. La presente guía complementa los indicadores incluidos en *National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation* (3), perfeccionando los indicadores que ya se han definido y proponiendo nuevos que están en etapas relativamente iniciales de desarrollo y uso. Estos nuevos indicadores se incluyen con el fin de garantizar que las políticas y programas se beneficien de las lecciones aprendidas durante la última década y para exponer la experiencia relativa a su medición y uso.

Principales razones de la presente guía

- Ofrecer orientación para monitorear y evaluar las políticas y los programas de prevención del VIH entre los jóvenes, mediante la selección de indicadores.
- Ajustar los indicadores y métodos existentes ampliamente utilizados, de modo que sean relevantes para los programas nacionales de prevención del VIH entre los jóvenes.
- Introducir nuevas mediciones específicas para los determinantes (factores de riesgo y factores de protección) que tienen influencia sobre la vulnerabilidad y las conductas de riesgo.

¿A quién está dirigida esta guía?

Esta guía se diseñó para ser utilizada por los directores de programas a nivel nacional, en particular directores de programas nacionales contra el SIDA. También pueden utilizarla directores y planificadores de programas a niveles subnacionales, que pretenden alinear sus esfuerzos de medición con los nacionales.

¿Qué contiene la guía?

Esta guía identifica un conjunto de indicadores, los métodos de medición y sus puntos fuertes y débiles. Su propósito es ayudar a los directores de programas nacionales contra el SIDA en la planificación y el monitoreo de los programas de prevención del VIH para jóvenes. Los indicadores se organizan en cuatro capítulos de acuerdo con un modelo lógico, vinculando la acción programática a los resultados esperados y, finalmente, al impacto epidemiológico. Los capítulos cubren las siguientes categorías de indicadores:

- programáticos;
- determinantes (factores de riesgo y de protección);
- resultados conductuales;
- impacto.

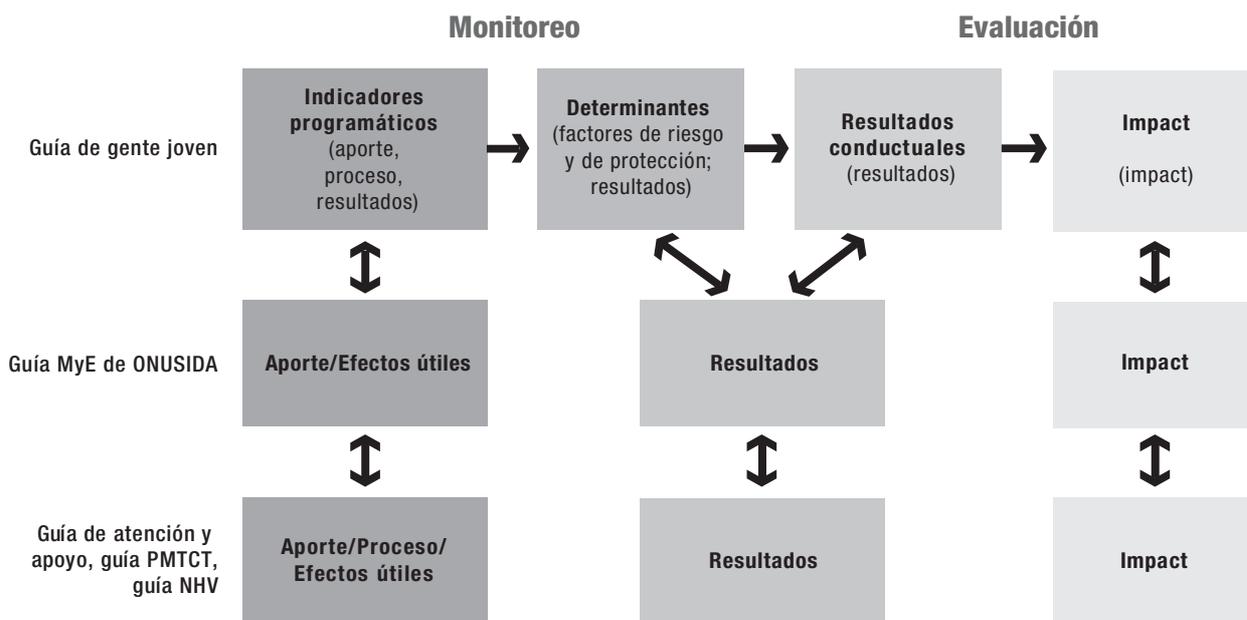
Este modelo está estrechamente relacionado con el modelo establecido para el monitoreo y la evaluación de programas, que clasifica los indicadores en categorías de aporte, efecto útil, resultados e impacto.

Para que un programa logre sus metas, los **aportes** como el dinero y tiempo del personal deben resultar en **efectos útiles** tales como servicios nuevos o mejorados, personal capacitado y materiales informativos. Si estos efectos útiles están bien concebidos y llegan a las poblaciones para las que se hicieron, es probable que el programa arroje **resultados** positivos, o sea, que haya un aumento del uso del condón o una reducción en el uso compartido de jeringas entre quienes se inyectan drogas. Estos resultados positivos deben conducir a cambios en el **impacto** del programa, medido como una menor cantidad de nuevos casos de ITS y VIH (3).

La principal diferencia en la presente guía es que los resultados considerados se dividen en factores de riesgo y factores de protección, y resultados conductuales. Por lo tanto, la categoría de resultados programáticos se elaboró de acuerdo con los diferentes efectos que podría tener un programa (o sea, apuntando hacia la conducta individual o los determinantes de esa conducta). Esto se basa en más de

una década de investigación y evaluación de programas, que han demostrado que los cambios en el desarrollo y la conducta de los adolescentes son influenciados por los compañeros, los centros educativos, la situación económica, las creencias religiosas y las normas sociales prevalecientes. Algunos de estos factores nos ayudan a comprender el contexto en el que viven y toman decisiones los jóvenes; otros contribuyen a guiar nuestro enfoque programático. Por consiguiente, es importante medirlos y hacer un seguimiento de las tendencias de indicadores clave relacionados con estas áreas a nivel nacional.

A continuación se presenta un esquema de este modelo y su relación con las otras guías M&E de ONUSIDA.



Esta estructura brinda a los directores de programas un sistema de clasificación para organizar los indicadores prioritarios y reconocer las áreas de desequilibrio en la planificación y monitoreo de programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes.

Más abajo se ofrecen otros detalles relacionados con las categorías de los indicadores incluidos en esta guía.

Indicadores programáticos

Estos indicadores pueden utilizarse para evaluar los componentes esenciales de las intervenciones para la prevención del VIH/SIDA en los jóvenes a nivel nacional y, con frecuencia, para monitorear los cambios a través del tiempo. Incluyen mediciones relativas a políticas, financiación y cobertura de programas específicos.

Determinantes (factores de riesgo y de protección)

Estos indicadores no se relacionan causalmente con el contagio del VIH entre los jóvenes, pero los factores en cuestión pueden propiciar el riesgo y la vulnerabilidad, o ofrecer cierta protección contra el contagio del VIH. Incluyen los conocimientos, las actitudes y las percepciones de los jóvenes, las creencias y actitudes generales de los adultos con respecto al acceso que los jóvenes tienen a la información sobre la salud, y la medición de la calidad de la relación entre los jóvenes y las personas que les brindan servicios sanitarios de atención primaria.

Resultados conductuales

Estos indicadores miden las acciones individuales de los jóvenes que afectan directamente los resultados biológicos. Incluyen mediciones del uso del condón, del uso de drogas inyectables,

del sexo comercial, de la proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales a los 15 años, y de la cantidad de compañeros sexuales que han tenido. Además, se incluyen varios indicadores que no se relacionan causalmente con el contagio del VIH pero que contribuyen a la vulnerabilidad de los jóvenes, o sea relaciones sexuales forzadas y relaciones sexuales con compañeros de otra generación (especialmente entre mujeres jóvenes).

Impacto

Estos indicadores incluyen mediciones de impacto a nivel de la población, o sea, mediciones epidemiológicas, en especial, índices de prevalencia del VIH entre los jóvenes y subgrupos específicos de jóvenes.

Resumen de indicadores

La selección de los indicadores apropiados varía con los objetivos del programa, determinados según el tipo de epidemia. Debido a que la diversidad de epidemias del VIH ha aumentado, se sugieren dos conjuntos de indicadores básicos: uno para epidemias de bajo nivel y concentradas, el otro para epidemias generalizadas. Es importante prestar atención a la prevención y atención del VIH entre los jóvenes en ambos contextos. Los países deben suplementar los indicadores básicos con indicadores adicionales apropiados seleccionados de la lista que se presenta más abajo.

Como ya se ha mencionado, es mejor analizar estos indicadores dividiendo los datos por edad, sexo, estado civil y otras características importantes de los jóvenes. El desglose por edad es especialmente importante porque la conducta sexual puede variar ampliamente entre los diferentes grupos de edad. En general, es probable que los adolescentes entre 10 y 14 años sean mucho menos activos sexualmente que los que están entre los 15 y 19 años, quienes a su vez difieren de los que tienen entre 20 y 24 años. Este desglose por grupos de edad permite a los directores de programas nacionales buscar tendencias de cohortes que ocurren con el paso del tiempo. Por ejemplo, si los encuestados entre 15 y 19 años indican una menor proporción de iniciación sexual antes de cumplir los 15 años que los encuestados entre 20 y 24 años, esto puede sugerir que ha habido una disminución del debut sexual temprano. Siempre que sea posible, los datos deben dividirse en grupos de edad entre 10 y 14, 15 y 19, y 20 y 24 años. Además, la división de los datos por características de procedencia (o sea, residencia urbana vs. rural, asistencia a clases y estado civil) permite a los directores de programas determinar cuáles poblaciones pueden tener un mayor riesgo. También les permite tomar decisiones programáticas basándose en una mejor información, por ejemplo, la inclusión de programas educativos sobre el VIH/SIDA basados en el desarrollo de habilidades para la vida, en los grados menores de los centros educativos. Con el fin de evitar interpretaciones erróneas y decisiones programáticas equivocadas, no se debe ofrecer información sobre los indicadores si los datos adecuados no están disponibles.

A continuación presentamos un resumen de indicadores separados por categoría, herramientas de medición y prioridad para las diferentes etapas de la epidemia.

Indicador	Herramientas de medición	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Epidemia concentrada/ de bajo nivel
Indicadores programáticos			
1. Índice nacional sobre políticas relacionadas con jóvenes y el VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario para evaluación de países 	B	B
2. Fondos nacionales desembolsados en programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Sondeo de ONUSIDA/FPNU/NIDI sobre flujos de recursos financieros 	A	A
3. Programas educativos sobre el VIH/SIDA basados en el desarrollo de habilidades para la vida, en las escuelas	<ul style="list-style-type: none"> Sondeo basado en centros educativos 	B	B
4. Institucionalización de servicios de salud amigables para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta representativa a nivel nacional sobre centros de salud 	B	B
5. Uso de servicios de salud especificados por los jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional Estadísticas sobre servicios a partir de una encuesta de servicios de salud 	B	B
6. Disponibilidad de condones para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Sondeo de evaluación compilado por MEASURE /OMS/ PSI sobre disponibilidad de condones y protocolo de calidad en ventas al detalle 	B	B
7. Usuarios jóvenes de drogas inyectables que se benefician de los programas de prevención del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Métodos de estimación de la prevalencia Estadísticas de servicios basada en proyectos, programas y centros de tratamiento 	A	B
8. Participación de los jóvenes en programas de prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario para evaluación de países 	A	A
Indicadores determinantes (factores de riesgo y de protección)			
9. Conocimiento que tienen los jóvenes sobre la prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	B	B
10. Conocimiento que tienen los jóvenes sobre los puntos de suministro formal de condones	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
11. Toma de decisiones de los jóvenes en el aspecto sexual	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
12. Percepción de la actividad sexual de los compañeros	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
13. Conexión con un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
14. Regulación de la conducta de los jóvenes por un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
15. Apoyo de los adultos a la educación sobre el uso de condones para la prevención del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	B	B

Indicadores conductuales			
16. Relaciones sexuales antes de los 15 años	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
17. Uso de condones entre jóvenes que tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
18. Conducta sexual segura entre los jóvenes (indicador combinado)	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
19. Relaciones sexuales forzadas entre jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
20. Diferencia de edad con la pareja entre mujeres jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	A
21. Relaciones sexuales con trabajadores sexuales entre los jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
22. Relaciones sexuales entre jóvenes mientras están intoxicados	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	A	A
23. Conducta frente a las pruebas del VIH entre jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	A
24. Uso de condón durante relaciones sexuales anales entre hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	• Sondeos especiales entre HSH	A	B
25. Prácticas seguras entre usuarios jóvenes de drogas inyectables (UDIs)	• Sondeos especiales entre UDIs	A	B
26. Uso del condón entre trabajadores sexuales jóvenes	• Sondeos especiales entre trabajadores sexuales	B	B
Indicadores de impacto			
27. Prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas	• Vigilancia centinela	B	A
28. Prevalencia del VIH entre jóvenes según sondeos basados en la comunidad	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B *	A
29. Prevalencia del VIH en sub-poblaciones de jóvenes con conductas de alto riesgo	• Directrices de vigilancia de segunda generación emitidos por ONUSIDA/OMS (5) • Directrices de FHI sobre muestreo en sub-poblaciones (6)	A B**	B
30. Jóvenes con una infección de transmisión sexual	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	A	A

A = indicador adicional

B = indicador básico

B* = básico en países con niveles de prevalencia relativamente altos (o sea, por encima de 3%).

B** = indicador básico para trabajadores sexuales, adicional para otros grupos de alto riesgo.

Nota sobre el monitoreo y la evaluación

Es necesario monitorear y evaluar programas diseñados para promover la salud y el desarrollo para justificar los recursos, mejorar los programas y demostrar si las intervenciones están produciendo el efecto deseado. Las siguientes definiciones fueron extraídas de un documento previo de ONUSIDA sobre el monitoreo y la evaluación de las intervenciones contra el VIH/SIDA (3).

- **Monitoreo** es el seguimiento habitual de la información prioritaria sobre un programa (a nivel nacional o de programa) y sus resultados deseados. Incluye el monitoreo de aportes y efectos útiles mediante un sistema de registro y sistemas regulares de presentación de informes, así como observación de la salud y encuestas a clientes. Puede llamarse monitoreo del programa, del proceso o de los resultados.
- **Evaluación** es un conjunto de actividades diseñadas para determinar el efecto o valor de un programa. La evaluación se centra en saber si el programa ha tenido el efecto deseado sobre los resultados especificados. En esta guía, los resultados se consideran tanto en términos de conductas individuales como de los determinantes (factores de riesgo y de protección) de estas conductas. La evaluación también puede incluir la búsqueda de evidencias sobre el impacto del programa, o sea, la atribución de cambios a largo plazo a programas específicos.
- Las actividades de **vigilancia** se relacionan con el monitoreo y la evaluación del programa, pero no son lo mismo. La vigilancia es el seguimiento habitual de enfermedades o conductas por medio del mismo sistema de recolección de datos a través del tiempo, pero no está necesariamente relacionada con ningún programa o intervención específicos. La vigilancia puede ayudar a describir y monitorear una epidemia y su propagación. La vigilancia del comportamiento ayuda a describir patrones de conducta en poblaciones particulares. La vigilancia puede contribuir a la predicción de tendencias futuras de enfermedades o patrones conductuales. Los sistemas de vigilancia, como parte de la vigilancia de segunda generación del VIH normalmente supervisan la prevalencia del VIH y las ITS, los informes sobre casos de SIDA y conductas de riesgo sexual.

Las evaluaciones del verdadero impacto que pueden atribuir los cambios en la prevalencia del VIH a programas específicos son muy raras, porque requieren diseños experimentales complejos y costosos y en general son difíciles de realizar en intervenciones a nivel nacional. En su lugar, el monitoreo de los indicadores de impacto, tales como la prevalencia de VIH, tomados junto con los indicadores del proceso y de los resultados, es considerado suficiente para indicar el impacto general de una respuesta nacional a la epidemia. Por lo tanto, es importante hacer un seguimiento de los cambios en las conductas que se relacionan de manera causal con la prevalencia de la enfermedad. De una forma similar, es posible que se tarde algún tiempo en demostrar el cambio de comportamiento en el grupo al que va dirigido. Con el fin de obtener una mejor estimación sobre si puede esperarse que un programa genere cambios conductuales, es importante hacer un seguimiento de los cambios en los determinantes de las conductas en cuestión, es decir, los cambios en los factores de riesgo y de protección que propician estas conductas.

Se espera que los indicadores de esta guía sean utilizados a nivel nacional. La guía ofrece un menú de indicadores básicos comunes para la mayor parte de los programas nacionales, por lo que logra los siguientes propósitos:

- Ofrece orientación sobre los componentes mínimos comunes para la implementación y monitoreo de programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes.
- Brinda orientación sobre la medición de conductas comunes que impulsan la propagación de la epidemia y de determinantes comunes que influyen estas conductas.
- Proporciona un medio común para medir el avance en la implementación y el efecto de un programa de prevención nacional, de modo que los esfuerzos puedan ser comparables a través del tiempo y entre países.

Al tomar decisiones sobre un conjunto nacional de indicadores es importante que los países, es decir, los programas nacionales contra el SIDA, tomen conciencia de que no están limitados a este conjunto de indicadores y de que no necesariamente tienen que recolectarlos todos. La selección

de indicadores debe basarse en las metas, los objetivos y las actividades de cada programa nacional para la prevención del VIH/SIDA, la etapa de la epidemia del VIH, y los principales modos de transmisión del VIH en diferentes sub-poblaciones. Estos indicadores también desempeñan un papel internacional al ayudar a los donantes y agencias a:

- Hacer un seguimiento de las tendencias de la epidemia entre los jóvenes y la respuesta global a la misma;
- identificar las tendencias o los patrones regionales de la epidemia entre los jóvenes;
- destacar los problemas persistentes con respecto a los programas;
- abogar por la asignación de mayores recursos para programas destinados a los jóvenes.

Esta guía no ofrece instrucciones relativas al diseño de un plan de monitoreo y evaluación para un programa nacional de prevención del VIH/SIDA. Un plan de esta naturaleza debe ser adaptado a los detalles específicos de las intervenciones implementadas a nivel nacional, regional y de proyecto. Otras guías de ONUSIDA (3) incluyen un análisis más profundo sobre este tema, (ver: <http://www.UNAIDS.org>), y también hay importantes recursos adicionales disponibles para el monitoreo y la evaluación de programas para la juventud (7 – 9).

Nota para los usuarios

Esta guía representa la primera ocasión en que se han reunido los indicadores globales dirigidos a programas de nivel nacional para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes. Sin embargo, es probable que nuevos acontecimientos y lecciones aprendidas en el campo de el monitoreo y la evaluación de programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes resulten en una necesidad de modificar y actualizar estos indicadores. Por tanto, la guía es un trabajo en curso y se perfeccionará en ediciones futuras.

CAPÍTULO 2

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Este capítulo se centra en temas relacionados con la recolección de datos de encuestados jóvenes, que son de particular relevancia para los Determinantes (Factores de Riesgo y de Protección), Resultados Conductuales e Indicadores de Impacto (Capítulos 4-6). También se incluye una sección sobre los desafíos específicos que ha supuesto la recolección de datos sobre los adolescentes más jóvenes, es decir de 10-14 años. El Anexo Metodológico ofrece una descripción más integral de algunos de los temas sobre recolección de datos.

1. Validez, confiabilidad y sesgo

Una de las preocupaciones más importantes en la recolección de datos sobre la juventud es que estos sean comparables con el paso del tiempo. Cuando los datos son comparables, los directores de programas nacionales pueden identificar tendencias y cambios en la epidemia del VIH entre los jóvenes. Para lograrlo, los datos deben ser válidos, fiables y no sesgados. Los datos **Válidos** son aquellos que se acercan lo más posible a la realidad. Datos Fiables son aquellos que consistentemente se contestan igual cuando se hace la misma pregunta u otras similares. Cuando los errores en los datos son sistemáticos o siguen un patrón regular, se llaman datos sesgados.

Hay varios tipos de sesgos que pueden presentarse en la recolección de datos. Un tipo de sesgo que afecta la recolección de datos entre los jóvenes es el sesgo del entrevistador(a). Un entrevistador(a) puede ejercer influencia sobre las respuestas de muchas formas, incluso mediante el tono de su voz. Otras características, tales como el género, la edad, la raza, la etnia, el nivel educativo y las actitudes, también pueden tener influencia sobre la forma en que una persona joven responda las preguntas. Los investigadores concluyeron que, en general, es más probable que los participantes se sientan cómodos con personas que se parecen a ellos y por lo tanto pueden ofrecerles información sobre conductas que son delicadas. Por ejemplo, la persona más apropiada para entrevistar a una adolescente joven podría ser una mujer joven de similar procedencia.

El sesgo del entrevistador puede reducirse garantizando que todos los entrevistadores sean cualificados y hayan demostrado tener los conocimientos necesarios sobre la forma de hacer entrevistas, el protocolo de investigación y la ética de la investigación. La capacitación de los entrevistadores también debe incluir un análisis sobre la importancia de la validez de los datos, formas para reducir el sesgo y los objetivos de la investigación, con el fin de estimular el sentido de pertenencia y de compromiso personal con esas metas, incluso cuando no hay un monitoreo (10).

Otro tipo de sesgo que puede ser especialmente común entre encuestados jóvenes es el **sesgo de aceptabilidad social**, que ocurre cuando los participantes del estudio no responden las preguntas honestamente porque perciben que la verdad es socialmente inaceptable o indeseable. Por ejemplo, una persona puede negar falsamente haber tenido una infección de transmisión sexual por temor al estigma social que se asocia con ella. Generalmente, los investigadores han encontrado que las personas tienden a minimizar los datos que brindan con respecto a conductas consideradas socialmente indeseables (Catania, 1990). Con todo, las percepciones de aceptación pueden variar dentro de una población, de modo que lo que podría ser considerado inaceptable en un grupo, podría considerarse aceptable en otro. Por ejemplo, en algunas culturas, la abstinencia sexual de las mujeres jóvenes es muy valorada, de modo que es posible que minimicen los datos que brindan sobre el número total de parejas sexuales que han tenido, mientras que en la misma cultura los hombres jóvenes pueden sentirse orgullosos de su experiencia sexual y entonces exagerar la cantidad de compañeras que han tenido (12, 13).

Se han desarrollado varias técnicas para reducir el sesgo vinculado con la aceptación social. Una es explicar los objetivos de la investigación antes de hacer la entrevista, incluyendo su valor social y legitimidad, así como la importancia de que los informes sean honestos. Otra es garantizar la

privacidad de la entrevista y la confidencialidad de cualquier información que se obtenga de la misma, haciéndolo tan evidente como sea posible a los encuestados.

Hay varias formas de reducir la posibilidad de sesgo mediante el diseño y la redacción del cuestionario. Para ver un análisis más detallado sobre este tema, incluyendo consejos sobre el diseño de cuestionarios, por favor refiérase al Anexo Metodológico.

2. Métodos de recolección de datos

La metodología recomendada en la recolección de datos para la mayoría de los indicadores incluidos en esta guía son las encuestas de hogar a nivel regional o nacional con individuos jóvenes. Además, los sondeos realizados en centros educativos, que han sido ampliamente implementados, deben también ser reconocidos como un punto de suministro relevante de datos sobre la población juvenil. Cada método tiene sus propias ventajas y desventajas, las cuales se explican más detalladamente en el Anexo Metodológico. Una de las principales ventajas de las encuestas en centros educativos, si se comparan con las encuestas en los hogares es el coste: en general, es mucho menos costoso implementar encuestas en centros educativos. El coste más bajo de estas encuestas se debe en gran medida a que la muestra es más accesible (la ventaja de tener un grupo de jóvenes en un centro educativo en lugar de tener que buscar a cada joven en su hogar), y el hecho de que la mayor parte de las encuestas en centros educativos usan cuestionarios auto-administrados (es decir, no se requiere que un investigador haga las preguntas, porque los jóvenes llenan el cuestionario por sí mismos).

Sin embargo, la mayor desventaja de los sondeos basados en centros educativos - y la principal razón por la que no se recomiendan como un medio de recolectar datos en esta guía - es que no son representativos de la población juvenil total. Hay dos argumentos principales:

- En los países en los que la asistencia total a los centros educativos es baja (y normalmente más baja conforme aumenta la edad), una proporción considerable del total de la población juvenil no quedaría incluida en una muestra basada en centros educativos

Esta guía recomienda que la mayoría de los indicadores sean recolectados entre la población juvenil de hasta 24 años de edad. En países con una elevada asistencia a los centros educativos, los jóvenes en la categoría de edad superior (a partir de 18 años) ya no van a clases, y por lo tanto quedarían excluidos de la muestra.

Los indicadores de esta guía se recopilaron con el propósito de monitorear y evaluar programas nacionales, y para hacer un seguimiento de las tendencias biológicas y conductuales nacionales relevantes para el VIH. Dadas las limitaciones arriba indicadas, los sondeos basados en centros educativos no pueden sustituir a las encuestas de hogar.

No obstante, los sondeos realizados en centros educativos pueden constituir una valiosa punto de suministro de información adicional, que podría utilizarse junto con una encuesta de hogar para obtener una mejor comprensión de los temas específicos, en particular aquellos relacionados con intervenciones basadas en centros educativos.

Finalmente, el punto más importante es la sinergia de diferentes métodos y esfuerzos de recolección de datos para proporcionar una perspectiva integral sobre los temas relevantes de la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA entre los jóvenes. Todas las investigaciones, ya sean basadas en centros educativos, en los hogares, o en poblaciones especiales, deben incluir un conjunto clave de indicadores básicos relevantes para el VIH y la juventud. Los indicadores de esta guía constituyen el conjunto propuesto, con el fin de contribuir a la posibilidad de comparar los datos a través de las encuestas, de las regiones y con el paso del tiempo, mejorando de esta forma los esfuerzos realizados para la recolección de datos en general.

Para la mayoría de los indicadores incluidos en esta guía, los datos deberán recolectarse realizando una encuesta de hogar nacional o regional con gente joven. Entre las continuas encuestas de hogar más destacadas gracias a las que se recolectan datos en un considerable número de países se incluyen las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), las Encuestas de Vigilancia Conductual (EVC)

elaboradas por Family Health International, y las Encuestas de Indicadores Múltiples Agrupados de UNICEF (EIMA). La mayoría de estas encuestas se basan en muestras de adultos, y es preciso adecuar el tamaño de la muestra y las técnicas de muestreo para garantizar que se incluya un número representativo de jóvenes en la muestra total. También hay sondeos específicos con adolescentes en los hogares, tales como los Sondeos sobre la Salud Reproductiva de los Adolescentes y de Salud Reproductiva realizadas por los CDC (Centros de los Estados Unidos para la Prevención y Control de Enfermedades), y los Sondeos Asiáticos Sobre Riesgos de la Reproducción en los Adultos Jóvenes, auspiciados por USAID. Además de estas encuestas “internacionales”, muchos países también emprenden sondeos nacionales cada año o con más frecuencia (o sea, sondeos trimestrales financieros o sobre fuerza laboral). El volumen y tipos de datos sobre adolescentes varía enormemente en todos estos sondeos nacionales. Sin embargo, puesto que dichos sondeos podrían servir como medio para aportar preguntas sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, son dignos de ser mencionados.

3. Recolección de datos de jóvenes entre 10 y 14 años: retos de la recolección y análisis de datos

Hasta la fecha, la mayoría de encuestas de jóvenes a gran escala y la mayoría de programas (desde el desarrollo de habilidades para la vida, pasando por la prestación de servicios de salud, hasta intervenciones de subsistencia) son dirigidos a jóvenes a partir de los 15 años. Sin embargo, en varios casos, muchos jóvenes de 15 años ya han madurado sexualmente y empiezan a tener relaciones sexuales, incluso en muchos contextos una gran proporción de mujeres de 15 años ya se ha casado.

Claramente, existe la necesidad de recolectar datos de adolescentes entre 10 y 14 años, así como de implementar intervenciones apropiadas para ellos. Con todo, hay un número de cuestiones éticas y metodológicas alrededor de la recolección de datos en esta población. Algunos sondeos basados en centros educativos (ver el Anexo Metodológico) ciertamente han incluido adolescentes menores de 15 años y han podido ofrecer valiosas lecciones sobre la recolección de datos en esta población. Aún así, existe en general poca información disponible sobre las mejores prácticas para la recolección de datos en este grupo de edad, particularmente en encuestas de hogar, y es obvio que esto amerita más investigación. Las áreas principales a considerar se resumen más adelante.

Esta Guía recomienda que en cada contexto se explore la posibilidad de obtener datos de adolescentes entre 10 y 14 años. Es posible que en algunos casos puedan hacerse preguntas relacionadas con la sexualidad en este grupo de edad; en otros, tal vez no sea posible. En contextos donde dichas preguntas no pueden hacerse, la Guía recomienda concentrarse (para este grupo de edad) en los indicadores que aparecen en el capítulo de Determinantes, que se relaciona con conocimientos importantes sobre la prevención del VIH, las percepciones que tienen los jóvenes sobre la actividad sexual de sus compañeros, y la descripción del contexto en el que los jóvenes toman decisiones relacionadas con su sexualidad.

3.1 Recolección de datos biológicos

En términos generales, este grupo queda fuera de las estimaciones de prevalencia del VIH. En su mayor parte, los datos sobre prevalencia se obtienen de pruebas que se hacen a mujeres embarazadas en los servicios prenatales. Es probable que las jóvenes de entre 10 y 14 años representen una pequeña proporción de los pacientes en cualquier contexto dado, incluso en contextos donde la actividad sexual no es inusual a edad temprana. En todo caso, la recolección de datos en clínicas prenatales debe hacerse según la edad específica (especificando la edad en años), para poder realizar el análisis de acuerdo con las diferentes categorías de edad. Lo común es que las encuestas poblacionales tampoco incluyan este grupo de edad y reunir muestras biológicas de este grupo de edad se enfrenta con cuestiones de tipo ético y con la necesidad del tener el consentimiento de los padres. En general, es probable que la estimación de la prevalencia del VIH entre este grupo continúe basándose en la prevalencia que se muestra en otros grupos de edad.

3.2 Idoneidad de las preguntas de encuestas

En muchos contextos, es posible que los padres y otros adultos se opongan a preguntas sobre la conducta sexual en adolescentes entre 10 y 14 años. En contextos donde pueden hacerse preguntas sobre la conducta a adolescentes más jóvenes, se debe formular la pregunta muy cuidadosamente para garantizar que las comprendan totalmente y que exista una sensibilidad cultural.

Algunas veces, se utilizan preguntas para obtener información sobre el comportamiento en forma indirecta. Por ejemplo, se pregunta a los adolescentes jóvenes si piensan que sus amigos ya han tenido relaciones sexuales (o han consumido drogas, etc.), puesto que se asume que el encuestado responde tomando como base un grupo de personas similares a él/ella. Sin embargo, no es posible asumir que este tipo de preguntas puedan sustituir a las preguntas de auto-respuesta. Varias investigaciones han demostrado, por ejemplo, que es frecuente que los adolescentes crean que sus amigos adoptan conductas de riesgo en una proporción mucho más elevada de lo que en realidad lo hacen (14, 15 y 16).

Las preguntas sobre cómo se perciben ciertas acciones también son una forma indirecta de obtener información para predecir si los adolescentes jóvenes participan en dichas acciones (es decir, si el encuestado considera aceptable o no que él/ella tenga relaciones sexuales). Se ha concluido que las actitudes sobre el aspecto sexual se relacionan directamente con la actividad sexual real. Sin embargo, el inicio de la vida sexual puede ser suscitada por circunstancias que no se relacionan con las actitudes de las personas jóvenes (por ejemplo, tener relaciones sexuales forzadas), por lo que esta medición no puede sustituir a las preguntas directas sobre el comportamiento.

Algunas encuestas han optado por diseñar un módulo adicional para sustituir las preguntas sobre las conductas sexuales en aquellos lugares donde no es posible hacerlas (por ejemplo, “El módulo básico optativo para países donde no pueden hacerse preguntas sobre conducta sexual”, en el Sondeo global sobre la salud de los estudiantes realizado en centros educativos, de la Organización Mundial de la Salud. No obstante, en algunos contextos, incluso preguntas relativas a actitudes sexuales y conocimiento de la sexualidad, anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, pueden juzgarse inapropiadas para este grupo de edad.

3.3 Cuestiones relacionadas con el consentimiento de los padres

En la mayoría de los países las leyes de protección a menores obligan a obtener el consentimiento correspondiente de la persona joven y/o su tutor; también con frecuencia esto es considerado obligatorio por las políticas relativas a la ética y por los entes investigadores. El proceso para obtener el consentimiento de los padres es influenciado por varios factores: el desarrollo de la persona joven involucrada, el contexto en el que se hace la entrevista, y las percepciones sociales sobre la conveniencia de entrevistar a los jóvenes para recoger información sobre el tema en cuestión.

- a) **Desarrollo:** de hecho, el desarrollo emocional y cerebral en este grupo de edad no es homogéneo: difiere año tras año, y también entre los jóvenes. Sin embargo, sin tomar en cuenta la etapa de desarrollo, se pretende contar con el consentimiento verbal o escrito del encuestado. Es más frecuente que también se solicite el consentimiento de los padres.
- b) **Contextos:** los contextos más comunes donde se entrevista a los jóvenes son sus propios hogares y centros educativos. En ambos, normalmente es necesario obtener el permiso o consentimiento de los padres para realizar la entrevista. Podría introducirse un sesgo entre el caso de los padres que permiten que su hijo/hija sea entrevistado y el caso de los que no lo permiten. El mismo contexto también puede ejercer influencia sobre la entrevista, por ejemplo, el joven encuestado cree que la entrevista es confidencial y se siente cómodo. Cuando los jóvenes son contactados en otros contextos, como la calle o el lugar de trabajo, con frecuencia no se cuenta con pedir el consentimiento de los padres.
- c) **Percepciones sociales:** el consentimiento de los padres puede ser más o menos difícil de obtener, dependiendo de los temas a tratar en el cuestionario, y de las normas y percepciones vinculadas a los temas apropiados para este grupo de edad. Por ejemplo, es probable que una encuesta que se centra en la sexualidad tenga una proporción más baja de consentimiento de los padres, que una encuesta que se ocupa de una variedad más amplia de resultados relacionados con la salud y el desarrollo.

Para decidir cuál es la mejor metodología para recolectar información de jóvenes entre 10 y 14 años, quedan muchas preguntas por contestar. Estas preguntas deben ser identificadas y reconocidas, pero no deben paralizar los esfuerzos destinados a recolectar datos de este grupo de edad, que obviamente son necesarios para prestar un mejor servicio a esta población juvenil.

CAPÍTULO 3

INDICADORES PROGRAMÁTICOS

Resumen

Se pretende que los indicadores programáticos sirvan para monitorear intervenciones clave en la prevención del VIH a nivel nacional. Dichos indicadores se concentran principalmente en aportes, procesos y efectos útiles, y pueden utilizarse para hacer un seguimiento del progreso de la implementación de programas a través del tiempo.

Este capítulo comienza con dos indicadores que miden la respuesta global de los gobiernos a la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes mediante políticas que se relacionan específicamente con ellos, y mediante la asignación de fondos nacionales para programas de prevención para la juventud.

Se seleccionaron cinco indicadores relacionados con áreas de intervención específica basados en la premisa de que los componentes mínimos de cualquier programa nacional para la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes debe incluir el suministro de información y habilidades relevantes a través de los centros educativos, acceso a condones y acceso a servicios clave de salud específicos, tales como pruebas de VIH, diagnóstico o tratamiento de ITS y planificación familiar/anticonceptivos. Se considera que estos son los indicadores clave en cualquier tipo de epidemia y en cualquier contexto. Un indicador adicional mide específicamente la inclusión de gente joven en programas para UDIs. Este es un indicador básico para contextos y epidemias en que el uso de drogas por vía intravenosa es un modo importante de transmisión del VIH. Estos cinco indicadores se centran en la cobertura de los programas, más que en su calidad, porque la valoración de la calidad tiene que basarse en las características específicas de una intervención, que difiere según los contextos.

Puesto que se reconoce que los jóvenes deben participar en el diseño, implementación y evaluación de los programas nacionales de prevención del VIH/SIDA dirigidos a ellos, existe otro indicador que mide la participación de los jóvenes en la elaboración de estas tareas.

Estos ocho indicadores incluyen y desarrollan todos los indicadores programáticos específicos para los jóvenes incluidos en las directrices anteriores. (3, 17)

Indicador	Herramientas de medición	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Epidemia concentrada/ de bajo nivel
1. Índice nacional sobre políticas relacionadas con la juventud y el VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para la evaluación de países 	B	B
2. Fondos nacionales desembolsados por gobiernos para programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de ONUSIDA/FPNU/NIDI sobre flujos de recursos financieros 	A	A
3. Programas educativos sobre el VIH/SIDA basados en el desarrollo de habilidades para la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo basado en centros educativos o revisión de programa educativo 	B	B
4. Institucionalización de servicios de salud amigables para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta representativa a nivel nacional de centros de salud 	B	B
5. Uso de servicios de salud especificados por los jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta general de población representativa a nivel nacional • Estadísticas de servicios, basadas en una encuesta sobre servicios de salud 	B	B
6. Disponibilidad de condones para jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de evaluación realizado por OMS/PSI sobre disponibilidad de condones y protocolo de calidad en ventas al detalle 	B	B
7. Usuarios jóvenes de drogas inyectables atendidos por los servicios de prevención contra el VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos para estimar la prevalencia • Estadísticas de servicio, de proyectos, programas y centros de tratamiento 	A	B
8. Participación de jóvenes en programas de prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para la evaluación de países 	A	A

A = Adicional

B = Básica

1. Índice nacional sobre políticas relacionadas con jóvenes y el VIH/SIDA <i>Prioridad: Básica.</i>	
Definición	<p>Avance en el desarrollo de políticas a nivel nacional contra el VIH/SIDA y estrategias en seis áreas clave:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificación de la prevención del VIH entre jóvenes como una prioridad en el plan estratégico nacional contra el SIDA; 2. aplicación de un enfoque multisectorial para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes; 3. existencia de una política o estrategia para promover la información, la educación y la comunicación (IEC) sobre el VIH en jóvenes; 4. existencia de una política que promueva la educación basada en el desarrollo de habilidades para la vida, en los centros educativos; 5. existencia de una política que suministre servicios de salud amigables para jóvenes; 6. existencia de una política que promueva el acceso de los jóvenes a los condones.
Población a la que va dirigido	Informantes clave con conocimientos sobre políticas nacionales.
Numerador	N/R
Denominador	N/R
Herramientas de medición	Los elementos propuestos en este indicador se debe agregar al Cuestionario de Evaluación de los países tal como se incluye en el Apéndice 3 del ONUSIDA: Monitoring the Declaration of Commitment on VIH/SIDA: guidelines on construction of core indicators (17)
Qué mide	Este indicador es una medición del avance en el desarrollo de políticas y estrategias contra el VIH/SIDA a nivel nacional en seis áreas clave relacionadas con jóvenes. Complementa el Indicador del Índice Nacional Combinado en el documento de ONUSIDA Monitoring the Declaration of Commitment on VIH/SIDA: guidelines on construction of core indicators (17).
Cómo se mide	<p>Las preguntas que corresponden específicamente a políticas sobre juventud deben agregarse al Cuestionario para Evaluación de País (Apéndice 3 en UNGASS – Directrices para la elaboración de indicadores clave para el VIH/SIDA) en las áreas de “plan estratégico” y “prevención”. El cuestionario se aplica a personas clave que proporcionan información, combinando una serie de instituciones designadas con el fin de obtener opiniones sobre áreas centrales de compromiso y programación. A cada elemento se le asigna un puntaje (sí = 1, no = 0). Los elementos pueden integrarse al Índice Combinado de Políticas Nacionales (de los Directrices de ONUSIDA) y también pueden analizarse separadamente como índices independientes de políticas específicas para jóvenes. Los elementos son los siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionados con el plan estratégico nacional: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. El país identificó la prevención del VIH y la conciencia entre los jóvenes como una prioridad en el plan estratégico nacional contra el VIH/SIDA 1.2. El país aplica un enfoque multisectorial para la prevención del VIH en los jóvenes (involucrando al menos a los sectores de salud y educación). 2. Relacionados con políticas de prevención: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. El país tiene una política o estrategia dirigida específicamente a los jóvenes para promover la información, educación y comunicación (IEC) contra el VIH/SIDA. 2.2. El país tiene una política para promover la educación basada en el desarrollo de habilidades para la vida, en los centros educativos. 2.3. El país tiene una política para ofrecer servicios de salud amigables para jóvenes. 2.4. El país tiene una política para promover el acceso de los jóvenes a los condones. <p>El indicador es la suma de los puntajes que resulta de esta evaluación.</p>

<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>El indicador es simple de evaluar y está diseñado para complementar el Índice Combinado de Políticas Nacionales. Sin embargo, debido a que su naturaleza cuantitativa es simple, no proporciona información sobre la calidad o efectividad de políticas y estrategias nacionales. Está limitado a indicar si existen. Además, debido a que se basa en las opiniones de personas clave que ofrecen información, el resultado depende completamente de la selección de esas personas, que pueden cambiar de año en año. Esto dificulta la detección de verdaderas diferencias entre los países y los cambios en períodos cortos de tiempo, puesto que probablemente cualquier cambio en la composición de los encuestados llevaría a un cambio en la evaluación.</p> <p>También ha aumentado la preocupación sobre el valor de un solo puntaje compuesto, en el que las mejoras de algunas áreas pueden quedar encubiertas por el deterioro de otras. Para propósitos de planificación y monitoreo puede ser más útil presentar los índices por separado.</p> <p>Este es un ejercicio cualitativo mediante el cual se recolecta información de un número limitado de personas. Normalmente no se asume que los encuestados sean representativos para la evaluación de políticas, pero se seleccionan cuidadosamente según su conocimiento y punto de vista. Por lo tanto, la evaluación de políticas puede verse afectada por el sesgo de subjetividad de los encuestados. En la mayoría de países, el encuestado seleccionado es el director del programa nacional contra el SIDA. De todos modos, puede entrevistarse a más de una persona con el fin de obtener una perspectiva más integral y pueden hacerse esfuerzos para que esas mismas personas proporcionen información durante varios años, con el fin de evitar la parcialidad de la memoria.</p> <p>Vínculos con otros indicadores Referencia (3). Relación con el indicador de políticas No. 1: AIDS programme effort index (API). Referencia (17). Relación con el compromiso nacional e indicador de acción No. 2: National composite policy index.</p>
--	--

2. Fondos nacionales desembolsados por el gobierno en programas de prevención del VIH/SIDA para la juventud <i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	La cantidad de fondos nacionales que desembolsan los gobiernos en programas de prevención del VIH/SIDA para gente joven
Población a la que va dirigido	Personas clave que brindan información, con conocimiento sobre gastos gubernamentales en VIH/SIDA; o una revisión de los gastos gubernamentales
Numerador	N/R
Denominador	N/R
Herramientas de medición	Encuesta de ONUSIDA/FPNU/NIDI sobre flujos de recursos financieros. (En la actualidad esta encuesta no incluye el desglose de datos financieros para especificar los gastos destinados a programas para jóvenes. Sin embargo, tal desglose se propone como una tarea de medición adicional relacionada con la recolección de datos para este indicador).
Qué mide	Este indicador complementa el indicador básico 2 incluido en las Directrices de ONUSIDA sobre la elaboración de indicadores básicos (17). El indicador de ONUSIDA mide el gasto en la prevención del VIH, y consiste en mediciones de gastos en cuatro áreas: actividades para controlar enfermedades de transmisión sexual, prevención del VIH, tratamiento y atención clínica del VIH/SIDA y mitigación del impacto del VIH/SIDA. No obstante, el presente indicador sólo se relaciona con el compromiso económico para mejorar la respuesta a la prevención del VIH/SIDA para la juventud, incluyendo programas educativos sobre el VIH/SIDA basados en el desarrollo de habilidades para la vida a través de centros educativos, campañas de IEC dirigidas a los jóvenes y programas para el suministro de condones.
Cómo se mide	Se realiza un estudio de gastos gubernamentales a nivel nacional en programas contra el VIH/SIDA y, dentro de éstos, si es posible, de gastos destinados particularmente a programas dirigidos a la juventud. Las estimaciones deben excluir el costo de cualquier programa gubernamental ya sea multilateral, bilateral o financiado por donantes. Todos los programas de las ONGs también deben excluirse, salvo los programas o partes de los mismos que son financiados por el gobierno nacional.
Puntos fuertes y débiles	<p>Es posible que en algunos contextos sea difícil obtener incluso cifras de gastos gubernamentales generales relevantes para los programas contra el VIH/SIDA. En aquellos lugares en los que están disponibles las cifras generales, podría ser difícil aislar, dentro de estas, los gastos en programas específicos, tales como programas preventivos dirigidos a la juventud. No obstante, es importante tratar de lograr que el gobierno adquiera un compromiso financiero con los programas contra el VIH/SIDA para la juventud.</p> <p>La principal limitación de este indicador es que no capta información sobre el compromiso financiero para toda la programación relevante para la juventud. Por ejemplo, no cubre la prestación de servicios de salud amigables para jóvenes, ya que existe la tendencia a no definirlos dentro de las actividades de prevención. Además, no se elaboró para ser utilizado como una medida de disponibilidad de recursos, sino como un indicador de compromiso político para responder al VIH entre la población juvenil. Todos los gobiernos reflejan sus prioridades políticas a través de la forma de sus asignaciones para los recursos internos. Los cambios en la financiación asignada a la prevención del VIH entre los jóvenes es por lo tanto un buen indicador de la importancia que dan los gobiernos a la lucha contra la epidemia.</p> <p>Vínculos con otros indicadores: Referencia (3). Relación con el indicador de políticas No. 2: <i>Spending on HIV prevention</i>. Referencia (17). Relación con el indicador de compromiso nacional y de acción No. 1: <i>Amount of national funds spent by governments on HIV/AIDS</i>.</p>

3. Impartir educación sobre SIDA/VIH basada en las habilidades para la vida en los centros educativos	
<i>Prioridad: básica</i> <i>(Este es un indicador de UNGASS)</i>	
Definición	Porcentaje de centros educativos en los que al menos uno de los profesores ha sido formado para impartir educación sobre SIDA/VIH basada en las habilidades para la vida y que ha enseñado el tema en el último curso académico.
Población a la que va dirigido	Centros de enseñanza primaria y secundaria.
Numerador	Centros educativos donde hay al menos un profesor capacitado para impartir la educación sobre SIDA/VIH y que lo hace de forma regular.
Denominador	El número de centros donde se han realizado encuestas.
Herramientas de medición	Encuesta basada en el centro de enseñanza o entrevista con el director del centro.
Qué mide	Este indicador es una medida del avance en la implementación de la educación sobre SIDA/VIH de los colegios. Refleja la cobertura de cada centro educativo, estimando la proporción que informa contar con dichos programas. Para que este indicador sea lo más significativo posible, se debe combinar con mediciones de la calidad de dichos programas educativos.
Cómo se mide	<p>Los directores de una muestra representativa de centros de enseñanza a nivel nacional (incluidos los centros públicos y privados y de enseñanza primaria y secundaria) reciben instrucciones sobre el significado de la educación sobre SIDA/VIH basada en las habilidades para la vida y luego se les formulan las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuenta su centro con al menos un profesor que ha sido formado para impartir educación sobre SIDA/VIH basada en las habilidades para la vida y que ha enseñado el tema en los últimos cinco años? <ul style="list-style-type: none"> • Un profesor cualificado es aquel que ha asistido y concluido un curso centrado en las habilidades necesarias para impartir experiencias participativas de aprendizaje con el objetivo de fomentar el conocimiento, las actitudes y habilidades positivas (por ejemplo, comunicación interpersonal, toma de decisiones, negociación, capacidad de reflexión y estrategias) que ayudan a los jóvenes a tener un estilo de vida seguro. 2. Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, ¿impartió dicha persona un programa de educación sobre SIDA/VIH basado en las habilidades para la vida en su centro a o largo del último curso académico con regularidad? <ul style="list-style-type: none"> • “A lo largo de” significa al menos 5 - 15 horas de un programa educativo sobre SIDA/VIH basado en las habilidades para la vida por año y por cada curso de alumnos. • El criterio de impartir el programa educativo “con regularidad” se basa en las investigaciones que revelan que los programas de calidad suelen arrojar resultados positivos después de 5-15 horas de instrucción sobre SIDA/VIH basada en las habilidades para la vida por año y por cada curso de alumnos. • El período de tiempo “durante el último curso académico” depende del calendario escolar del país correspondiente (normalmente 9 – 10 meses de un año de calendario en el que los alumnos cursan un grado o nivel educativo) <p>Si la muestra ha sido elegida para representar diferentes estratos sociales, los datos se deben desglosar por tipo de centro de enseñanza (primaria o secundaria de niñas o niños, de grandes o de pequeñas dimensiones, urbano o rural, privado o público). Si un centro imparte enseñanza primaria y secundaria se deben separar los datos para cada nivel.)</p> <p>Además se debería informar cuáles son los índices de asistencia del curso académico más reciente para el que estén disponibles.</p>

	<p>La muestra de los centros educativos debe asegurar que es representativa a nivel nacional. Es imperativo contar con un listado de todos los centros, ya sean públicos o privados, incluidos los que tienen programas especiales (por ejemplo, colegios vocacionales o internados). Para que los resultados sean válidos para cada subgrupo de colegios y también a nivel nacional, se debe realizar el muestreo en cada subgrupo de interés. Si una subcategoría en particular comprende menos de 20 centros no resulta ventajoso realizar una muestra aleatoria. En este caso se puede seleccionar una muestra representativa de factores como el tamaño, la localización y el nivel socioeconómico del alumnado. No es necesario hacer una muestra dentro de los colegios ya que la información para este indicador es suministrada por un administrador o alguna otra autoridad del centro.</p> <p>Si fuera posible, se pueden formular las siguientes preguntas (siempre que la respuesta a la primera pregunta sea afirmativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántos profesores de su centro han recibido formación relativa a programas de educación sobre SIDA/VIH basados en las habilidades para la vida en los últimos cinco años? 2. ¿Cuántos de ellos han impartido programas de educación sobre SIDA/VIH basados en las habilidades para la vida en su centro en el último curso académico? 3. ¿Cuántas aulas y estudiantes de cada curso han recibido clases de educación sobre SIDA/VIH basadas en las habilidades para la vida en su centro en el último curso académico? 4. ¿Cuál fue la duración en horas del programa o cursillo para cada nivel educativo? <p>Refiérase a http://www.unicef.org/lifeskills/ para consultar la guía sobre la calidad de los programas de educación sobre SIDA/VIH basados en las habilidades para la vida.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>La información sobre la medición integral de la cobertura de los programas de educación sobre SIDA/VIH basados en las habilidades para la vida es muy fácil de recabar aunque requiere un marco de muestra de todos los colegios a nivel nacional. Las centros de formación profesional y los vocacionales se deben incluir en la muestra</p> <p>Los programas de educación sobre SIDA/VIH basados en las habilidades para la vida se deben implementar en todos los colegios primarios y continuar en los centros de enseñanza secundaria adaptándolos a la edad y experiencia de los alumnos. El indicador revela si el programa se imparte en todos los niveles de escolaridad pero no revela la calidad de los contenidos, el enfoque ni los materiales utilizados.</p> <p>Al comparar los diferentes países o incluso las diversas regiones d un mismo país se debe tener en cuenta los índices de asistencia y matrículas.</p> <p>El indicador se ocupa de la implantación del programa de educación sobre SIDA/VIH basado en las habilidades para la vida</p> <p>en todos los colegios y en especial de las actividades curriculares de los profesores. Se deben excluir los programas impartidos por agencias o facilitadores externos. El indicador acaso no capte el esfuerzo global de instrucción sobre el VIH a través de los centros educativos porque los alumnos pueden conseguir información por medio de fuentes extracurriculares (por ejemplo, panfletos educativos, afiches, montajes especiales) Sin embargo, dichas fuentes suelen tener una base ad hoc, mientras que el indicador se centra principalmente en la inclusión sistemática de la educación curricular sobre el VIH. Vínculos con otros indicadores:</p> <p>Referencia (17). Referencia (10). La misma del programa nacional y el indicador de comportamiento No. 1: Porcentaje de centros educativos con educadores que han sido capacitados para impartir educación sobre el VIH/SIDA basada en el desarrollo de habilidades para la vida y que la impartieron durante el último año académico.</p>

4. Institucionalización de servicios de salud amigables para jóvenes	
<i>Prioridad: básica</i>	
Definición	El número estimado de centros de salud con disposiciones para prestar servicios amigables para jóvenes
Población a la que va dirigido	Centros de salud seleccionados.
Numerador	El número de centros de salud que disponen de políticas específicas para la atención de pacientes jóvenes y que cuentan con al menos un proveedor que presta servicios de salud amigables para jóvenes.
Denominador	El número de centros de salud incluidos en la encuesta.
Herramientas de medición	Encuesta representativa a nivel nacional de centros de salud
Qué mide	<p>Este indicador mide dos características fundamentales en la institucionalización de servicios amigables para jóvenes: la existencia de políticas y directrices internas / basadas en los centros de salud para la atención de pacientes jóvenes, y la capacitación de proveedores de servicios de salud con miras a la adopción de enfoques y métodos amigables con la población juvenil. Tanto la existencia de tales políticas amigables, como de los encargados de ofrecer servicios de salud amigables, son dos elementos clave de las características genéricas recomendadas por la OMS en cuanto a los servicios de salud dirigidos a la juventud (18).</p> <p>Este es un indicador basado en los centros de salud, es decir, no evalúa la política a nivel nacional. Se trata de una estimación del esfuerzo por institucionalizar la prestación de servicios amigables para jóvenes, pero no mide la prestación de servicios en los centros de salud, ni tampoco la calidad de los servicios prestados. En cuanto a las herramientas concebidas para el mejoramiento operativo de los servicios a nivel de los centros de salud, puede hacerse referencia a guías tales como las emitidas por NAFCI (19) y FOCUS (20).</p>
Cómo se mide	<p>Para esta medición es preferible realizar una encuesta representativa a nivel nacional en centros de salud. Dependiendo del contexto, la muestra puede incluir centros de atención primaria, secundaria y terciaria. La muestra debe limitarse a los centros que ofrezcan uno o más de los tres servicios esenciales relacionados con la prevención del HIV/SIDA: diagnóstico y tratamiento de ITS, servicios de planificación familiar/ anticonceptivos y realización de pruebas del VIH. De ser posible, deben incluirse centros de atención tanto públicos como privados.</p> <p>Asimismo, en casos en que el uso de drogas por vía intravenosa sea un factor importante en la evolución de la epidemia, cabe la posibilidad incluir programas de prevención y tratamiento para toxicómanos. En este caso, es probable que cambie el tipo de personal capacitado, por ejemplo que no se trate de médicos y personal de enfermería sino de otro tipo de profesionales. Las siguientes preguntas deben adecuarse según sea el caso.</p> <p>Las siguientes preguntas son para los directores o jefes de una muestra representativa a nivel nacional de centros de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuenta su centro de salud con políticas y/o directrices escritos para los profesionales de la salud, específicamente sobre cómo atender a los pacientes jóvenes? <ul style="list-style-type: none"> “Pacientes jóvenes” son aquellos con edades entre 10–24 años; las políticas pertinentes pueden abarcar al rango de edades completo o solo un sub-rango, por ejemplo hasta los 19 años. La experiencia indica que es importante solicitar que se presenten las directrices por escrito, además de preguntar si existen. ¿Cuenta su institución con al menos un profesional de la salud calificado (médico, enfermera, terapeuta, etc.) que haya recibido formación para prestar servicios amigables para jóvenes durante los últimos cinco años?

<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>La medición del grado de institucionalización de los servicios de salud amigables para jóvenes es fácil de recolectar. Para que sea representativa, no obstante, se requiere contar con un marco de muestreo de todos los centros de salud a nivel nacional.</p> <p>Este indicador resulta útil para que a los directores de los programas nacionales les resulte sencillo llevar un registro de la proporción de establecimientos de salud que realizan esfuerzos por prestar servicios amigables con para los jóvenes. El seguimiento de los cambios con el paso del tiempo en esta medición puede ofrecer una perspectiva general útil sobre la tendencia relativa a su implementación. Es necesario tomar en cuenta, sin embargo, que para que un establecimiento de salud sea calificado como completamente amistoso con los jóvenes es necesario que haya implantado una serie de características y funciones, entre ellas horarios convenientes de apertura, el trato respetuoso hacia los pacientes jóvenes, precios razonables y la efectividad de los servicios prestados. Poder contar con directrices escritas y profesionales de la salud capacitados son solamente los requisitos más básicos. Con el fin de que resulte de mayor provecho para los centros de salud, la calidad de los servicios se evalúa mejor en profundidad a nivel de cada centro de salud mediante un enfoque de mejoramiento de la calidad o proceso similar.</p> <p>Para que estos datos sean representativos a nivel nacional, la muestra debe serlo también. Es necesario establecer criterios con respecto a los tipos de centros de salud que se tomarán en consideración (por ejemplo, atención sanitaria a nivel primario o secundario, ya sea pública o privada). Es muy importante establecer una diferencia entre los centros de salud cuyos servicios están dirigidos a los jóvenes y aquellos cuyos servicios están dirigidos a la población en general, ya que es más probable que los primeros cuenten con personal capacitado para ofrecer servicios amigables para este sector. Una vez que se han definido estos criterios se requiere generar un listado completo de todos los centros de salud elegibles. Es necesario hacer el muestreo para cada subgrupo de centros de salud, para que sea posible separar los resultados de cada subgrupo y agregar los resultados a nivel nacional. La realización del muestreo aleatorio no plantea ninguna ventaja si una subcategoría en particular abarca menos de 20 centros de salud. En este caso puede seleccionarse una muestra representativa de centros basándose en factores tales como el volumen de clientes, la localización y el nivel socioeconómico de la zona de captación. No es necesario realizar un muestreo dentro de los centros de salud, ya que la información para este indicador puede obtenerse del director, médico jefe, o de cualquier persona con un cargo similar.</p>
--	--

5. Uso de los servicios de salud especificados por los jóvenes	
<i>Prioridad: Básica</i>	
Definición	<p>El uso de servicios de salud especificados por parte de la población joven puede medirse ya sea mediante registros basados en el centro (miden solamente la utilización de los servicios) o métodos basados en la población, tales como sondeos (permiten estimar la cobertura de los servicios).</p> <p>1) Basado en el centro de salud : número de personas jóvenes en busca de los servicios de salud especificados y la proporción del total de pacientes jóvenes de esos servicios.</p> <p>2) Basado en la población: proporción de jóvenes que reciben los servicios de salud especificados.</p>
Población a la que va dirigido	<p>1) Basado en el centro de salud: muestra de los centros de salud.</p> <p>2) Basado en la población: personas con edades comprendidas entre 10–24 años.</p>
Numerador	<p>1) Basado en el centro de salud: número de personas jóvenes que recurren a uno de los servicios de salud especificados en un lapso definido. Entre los servicios de particular interés se encuentran los relacionados con las pruebas de VIH, diagnóstico y tratamiento de ITS, así como planificación familiar / uso de anticonceptivos.</p> <p>2) Basado en la población: número de personas jóvenes que indican haber recibido cualquiera de los servicios de salud especificados (pruebas de VIH, diagnóstico y tratamiento de ITS y planificación familiar/ uso de anticonceptivos) en los 12 meses anteriores.</p>
Denominador	<p>1) Basado en el centro de salud: pacientes que recurren a uno de los servicios de salud especificados durante un lapso definido.</p> <p>2) Basado en la población: personas jóvenes encuestadas que aseguran tener una vida sexual activa (alguna vez han tenido relaciones sexuales).</p>
Herramientas de medición	<p>1) Basado en el centro de salud: sondeos basados en los centros de salud; recolección rutinaria de datos basada en estos centros.</p> <p>2) Basado en la población: encuesta general de población representativa a nivel nacional.</p>
Qué mide	<p>1) Basado en el centro de salud</p> <p>Este indicador permite registrar el número de personas jóvenes que recurren a los servicios de salud y la proporción del total de pacientes que utilizan esos servicios y son jóvenes. Puede ser una estimación de los cambios conductuales relativos a la búsqueda de atención médica entre este sector de la población.</p> <p>Es bien sabido que la gente joven no accede a los servicios de salud en proporción a los problemas de salud que experimenta. Un objetivo básico del programa de prevención del VIH/SIDA es, por lo tanto, incrementar el uso de estos servicios entre los jóvenes, específicamente para las pruebas y el tratamiento de ITS, planificación familiar y uso de anticonceptivos, así como pruebas del VIH. Este indicador arroja las cifras crudas y la proporción del total de clientes, por servicio especificado si es posible, que son jóvenes.</p> <p>En general, un incremento en el número y proporción de pacientes jóvenes se considera positivo. Sin embargo, el número y la proporción deben interpretarse en conjunto, ya que la proporción de pacientes jóvenes puede disminuir si aumenta el uso de las clínicas entre los adultos, aun cuando el número de pacientes jóvenes también se incremente.</p>

	<p>La interpretación correcta de estos números, requiere contar con algunas estimaciones basadas en la población, debido a la necesidad de conocer la magnitud de las necesidades para interpretar los aumentos o disminuciones en el uso de los servicios. Por ejemplo, si se sabe que el 40% de la población que recibe un servicio de salud en particular son jóvenes entre 20-24 años, y entre este sector de la población la prevalencia de Clamidia es del 20%, es posible obtener una estimación del número máximo y proporción de pacientes jóvenes que sería deseable que se sometieran a las pruebas y al tratamiento contra ITS.</p> <p>En otras palabras se ofrece un tope máximo con el cual se puede valorar el incremento o la disminución de los pacientes jóvenes.</p> <p>2) Basado en la población Este indicador permite estimar la proporción de personas jóvenes sexualmente activas que indican estar buscando los servicios sanitarios especificados. Además, si existen datos disponibles sobre la proporción de jóvenes que requieren tales servicios, ya sea mediante estimaciones epidemiológicas u otros, esta medición puede ser una estimación de la cobertura de los servicios de salud especificados. Por ejemplo, si se sabe que en una región determinada la proporción de mujeres sexualmente activas entre 15-19 años es del 50%, esto ofrece un parámetro contra el cual se puede calcular el número y proporción de mujeres entre 15-19 años que indican estar buscando los servicios de salud dónde puedan obtener anticonceptivos. Si se conocen más detalles sobre conductas sexuales riesgosas (por ejemplo, si del 50% que se encuentran sexualmente activas, el 40% aseguran haber tenido más de un compañero durante el último año y solo el 30% dice usar el condón con frecuencia), estas cifras pueden servir de parámetro para determinar la proporción de mujeres entre 15-19 años que podrían potencialmente requerir someterse a pruebas del VIH.</p>
<p>Cómo se mide</p>	<p>1) Basado en el centro de salud Los datos mínimos requeridos para este indicador se obtienen separando el total de pacientes según la edad y el sexo. El enfoque se centra en los establecimientos de atención primaria, aunque dependiendo del contexto también cabe la posibilidad de monitorear el uso de otro tipo de establecimientos.</p> <p>Los datos pueden recolectarse a partir de una muestra representativa a nivel nacional de centros de salud. Una breve discusión sobre el muestreo de dichos centros se presenta en el último párrafo del indicador No.4 de este capítulo.</p> <p>Los datos pueden obtenerse de libros de registro y otro tipo de documentación similar usada por el centro de salud para llevar un registro de sus clientes. Se suma el número de pacientes jóvenes para un período definido. En centros de salud que atienden específicamente a jóvenes el período escogido puede ser corto, por ejemplo un mes. Sin embargo, en los centros donde los jóvenes son sólo una pequeña proporción de los pacientes, el período debe ampliarse con el propósito de captar suficientes pacientes jóvenes. La proporción de jóvenes en un lapso de tiempo determinado también puede calcularse dividiendo el número de pacientes jóvenes por el número total de pacientes durante el período en cuestión. Estos datos pueden resumirse en diferentes momentos con el fin de ofrecer una idea de las tendencias en el uso de los servicios.</p> <p>Siempre que sea posible debe especificarse el tipo de servicio brindado. Con respecto a los programas de prevención del VIH dirigidos a la juventud, al menos uno de los siguientes servicios debe especificarse: pruebas y tratamiento de ITS, servicios de planificación familiar y pruebas de VIH. Dependiendo del contexto (tanto al nivel de la epidemia como de la existencia de un sistema de seguimiento basado en el centro) pueden especificarse los servicios de PTMH y los servicios de atención prenatal, así como los servicios de intercambio de agujas. En la mayoría de los establecimientos con recursos limitados, sin embargo, resulta imposible obtener estas especificaciones. En estas circunstancias resulta de valor llevar un registro sencillo de los pacientes jóvenes por edad, sexo y tipo de servicio que buscan.</p>

	<p>Cuando existen sistemas de monitoreo más sofisticados, la visita inicial debe diferenciarse de las visitas de seguimiento o visitas repetidas. Las visitas iniciales permiten medir el aumento en la utilización de los servicios. Las visitas de seguimiento y las visitas repetidas pueden reflejar la continuidad de tratamiento (por ejemplo, una visita inicial para realizarse una prueba de VIH y una segunda visita para obtener el resultado) o un problema de salud recurrente (por ejemplo, una visita repetida porque no se había diagnosticado o tratado con éxito una ITS).</p> <p>También es preciso medir otras características importantes relativas al uso de los servicios por parte de los jóvenes (por ejemplo, si viven en zonas urbanas o rurales), ya que ello puede ofrecer información útil sobre la porción de la población que no recurre a esos servicios.</p> <p>2) Basado en la población</p> <p>Los datos se recolectan mediante sondeos basados en la población en los que se pregunta a los encuestados si han recibido los servicios especificados. En la mayor parte de los casos, tales preguntas se hacen solamente a los encuestados que dicen ser sexualmente activos (han tenido relaciones sexuales alguna vez). Para la pregunta relativa al uso de los servicios, los que nunca han tenido relaciones sexuales deben excluirse del denominador.</p> <p>En la pregunta relativa al uso de los servicios debe especificarse un lapso de tiempo. Este puede definirse a nivel nacional (aquí se propone un lapso de 12 meses).</p> <p>Para los programas de prevención del VIH entre los jóvenes, es necesario detallar al menos uno de los siguientes servicios: pruebas de ITS y tratamiento, servicios de planificación familiar y pruebas de VIH. Esta pregunta se plantea de la siguiente manera:</p> <p>¿Recibió alguno de los siguientes servicios de salud durante los últimos 12 meses?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de ITS • Planificación familiar/uso de anticonceptivos • Prueba de VIH. <p>El numerador comprende el número de encuestados que indican haber recurrido a cualquiera de los servicios de salud especificados, y el denominador se refiere a la cifra total de encuestados. Al igual que en el caso anterior, la separación de todos los encuestados, por sexo y grupo de edad, de ser posible, es crucial para obtener información sobre qué parte de la población no está utilizando los servicios.</p> <p>Con el fin de estimar la cobertura de los servicios a partir de estos datos, es necesario disponer de estimaciones basadas en la población sobre la necesidad de que existan estos servicios. Estas pueden ser estimaciones socio-demográficas (por ejemplo, la proporción de adolescentes sexualmente activos según su edad y sexo), estimaciones epidemiológicas (sobre la prevalencia de ITS/VIH, tasas de embarazos o nacimientos, uso de anticonceptivos, etc.) o estimaciones obtenidas mediante otros sondeos sobre la necesidad de los servicios mencionados. Como se ilustró en la sección anterior, si se sabe que en una región determinada la proporción de mujeres sexualmente activas entre 15-19 años es del 50%, estos datos ofrecen un parámetro con el cual se puede calcular el número y proporción de mujeres dentro de ese grupo de edad que afirman recurrir a los servicios de salud para obtener anticonceptivos. La diferencia entre ambos puede ser una estimación de las necesidades no satisfechas para un servicio en particular.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>1) Basado en el centro de salud</p> <p>El punto fuerte de este indicador reside en que utiliza mecanismos basados en los servicios existentes de recolección de datos y mantenimiento de registros. En contextos en que se dispone de suficientes recursos es posible establecer un sistema simple de codificación, tanto para codificar el tipo de servicio recibido como para diferenciar las visitas iniciales de las visitas repetidas. Sin embargo, si esto resulta imposible podría obtenerse información válida sencillamente cuadrando el número total de pacientes jóvenes.</p>

	<p>Debido a que estos datos se obtienen a partir de los sistemas de monitoreo, lo ideal es recolectarlos de forma continua a lo largo del año. Es importante observar las tendencias de los datos en intervalos, por ejemplo trimestrales, y no en períodos específicos de tiempo, ya que la utilización de servicios se ve afectada por eventos estacionales. En cada contexto deben reconocerse los eventos socioculturales importantes. Es importante tomar en cuenta al menos el año lectivo local y los principales festivales religiosos en el momento de recolectar e interpretar los datos.</p> <p>Es recomendable tener en cuenta que un aumento en el número de personas jóvenes que recurren a los servicios no significa necesariamente un incremento en la proporción de jóvenes con diversas necesidades o problemas de salud. El incremento bien podría atribuirse a otros factores, tales como una campaña de IEC en la que se anuncien los servicios de un programa de promoción de la salud que permita a un mayor número de personas jóvenes reconocer la necesidad de esos servicios, es decir, el reconocimiento de los síntomas de una ITS, o un aumento de la demanda de anticonceptivos.</p> <p>Una de las principales limitaciones de este indicador es que depende de que los centros de salud mantengan registros precisos y actualizados, incluyendo registros específicos por edad o al menos registros por grupo de edad que separen la población juvenil de la adulta. Quizás en muchos países no existan tales registros, o quizás los registros de servicios en los centros de salud no estén estandarizados; por ejemplo, es posible que algunos establecimientos mantengan registros actualizados y adecuados mientras que otros no lo hagan. Incluso en los casos en que se mantengan registros clínicos adecuados, la forma en que se registra la información puede limitar la capacidad de recolectar los datos para este indicador. Así, algunos centros de salud clasifican el diagnóstico y tratamiento de ITS bajo la categoría general de “servicios de consulta externa”, pero no los desglosan en otras categorías o causas. En estas circunstancias no sería posible recolectar los datos sobre el número de personas jóvenes a quienes se ha diagnosticado y tratado por ITS. En consecuencia, resulta de suma importancia determinar cómo se llevan los registros del centro de salud y qué tipo de información se guarda en los archivos médicos y/o de servicios antes de recolectar los datos sobre este indicador.</p> <p>Sería imposible recolectar este tipo de información en contextos en los que la mayoría de los centros de salud no mantienen los datos separados por edad. En tales situaciones se requeriría explorar la viabilidad de un mejoramiento del sistema de registro desde el inicio, de forma de incluir a los grupos de edad correspondientes a la población juvenil.</p> <p>2) Basado en la población</p> <p>La ventaja de este indicador es que las preguntas que permiten medirlo pueden incorporarse a un sondeo basado en la población. Las preguntas deben formularse claramente con el fin de incluir una dimensión temporal realista, ya que en la mayoría de los contextos los adolescentes rara vez buscan estos servicios.</p> <p>Al igual que con las estimaciones basadas en los centros de salud, un aumento de los datos que indican la necesidad de acudir a los servicios no significa necesariamente un incremento de los problemas de salud, sino que podría atribuirse a programas de IEC u otros factores que generen una mayor conciencia en relación con los temas de la salud y estimulen conductas preventivas o curativas. Además, medir el uso de los servicios no ofrece ninguna información sobre la calidad de los mismos. Con el fin de lograr una mejor comprensión sobre las tendencias observadas en cuanto a la utilización de los servicios de salud, estos datos deben complementarse midiendo su calidad y efectividad.</p>
--	--

6. Disponibilidad de condones para los jóvenes <i>Prioridad: Básica</i>	
Definición	Porcentaje de establecimientos minoristas y centros de salud seleccionados al azar normalmente buscados por los jóvenes, que tienen existencias de condones en el momento del sondeo.
Población a la que va dirigido	Personas con edades comprendidas entre 15–24 años.
Numerador	Número de establecimientos comerciales minoristas y puntos de suministro normalmente visitados por los jóvenes y que mantienen existencias de condones en el momento del sondeo. Deben identificarse los lugares y espacios de uso común para la juventud, ya sea mediante proveedores clave de información o a partir de las respuestas al sondeo relativas a los lugares donde los jóvenes obtienen o prefieren obtener condones.
Denominador	Número de establecimientos comerciales minoristas y puntos de suministro en centros de salud a los que los jóvenes acuden normalmente.
Herramientas de medición	Sondeo de evaluación realizado por MEASURE/OMS /PSI sobre disponibilidad de condones y protocolo de calidad en ventas al detalle (4). En muchos países los institutos de estadísticas o ministerios de hacienda realizan sondeos sobre las ventas al detalle de forma regular, por lo general trimestralmente. Estos estudios incluyen datos sobre precios y disponibilidad para una amplia gama de artículos.
Qué mide	La distribución real de condones en puntos designados específicamente para los jóvenes en un momento dado. Destaca los esfuerzos de los programas por ampliar la distribución de condones de forma que se encuentren disponibles en los emplazamientos preferidos por ellos.
Cómo se mide	<p>Al realizar un sondeo de ventas al detalle se seleccionan de forma aleatoria diferentes tipos de emplazamientos. El marco del muestreo debe estratificarse con el fin de garantizar su rango geográfico y demográfico (por ejemplo, cobertura de zonas rurales y urbanas). Resulta más conveniente limitar el tipo de centro o establecimiento que podría o debería facilitar condones a los jóvenes, y centrarse en un conjunto definido que deba ofrecerlos sistemáticamente, por ejemplo centros para jóvenes, clínicas de salud y clínicas escolares. En consecuencia, este indicador debe centrarse sobre todo en los lugares prioritarios e incluir los adicionales en la medida que los recursos lo permitan. Estos emplazamientos adicionales podrían ser tan diversos como paradas de buses, aparcamientos, peluquerías, salones de belleza, clubes nocturnos, bares, establecimientos de comidas rápidas, quioscos, farmacias, mercados y estaciones de servicio. Sin embargo, puede ser difícil y costoso obtener una lista completa de todos los sitios posibles donde los jóvenes obtienen condones. Por ello, es necesario desarrollar criterios para los tipos de lugares que se incluirán, centrándose en aquellos que, dentro del contexto nacional en particular, deben ofrecer sistemáticamente condones a la población juvenil.</p> <p>Los datos deben separarse según el tipo de condón (hombre/mujer), localización geográfica (por ejemplo región, estado, distrito, condado o subdivisión municipal, así como por tipo de establecimiento. Los datos separados por tipo de establecimiento ofrecen una valiosa información para los directores de programas y para quienes deseen mejorar la comercialización de condones.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Los institutos de estadísticas o ministerios de hacienda de muchos países regularmente realizan sondeos sobre ventas al detalle, que incluyen datos sobre precios y disponibilidad de una amplia gama de artículos. Lo común es utilizar un marco consolidado para el muestreo, para que cubra una variedad de establecimientos en todo el territorio de los países implicados. En los casos en que se aplican este tipo de sondeos, los condones pueden sencillamente añadirse a la casilla relacionada con los artículos para los cuales se están recolectando los datos. Existen ciertos establecimientos en los que los jóvenes suelen adquirir condones, que no están cubiertos por los sondeos sobre ventas al detalle. En este caso cabría la posibilidad de realizar sondeos especiales con el fin de obtener los datos adicionales.</p> <p>Este indicador se centra en sitios y establecimientos fijos. Por ello tendría un valor limitado en países donde se realiza un esfuerzo especial por distribuir condones a través de puestos móviles de ayuda social.</p>

	<p>Otra limitación es que esta medición indica únicamente la disponibilidad de condones en un momento particular del tiempo. En países donde la disponibilidad de condones varía de manera significativa, los datos recolectados sobre este indicador pueden conducir a una conclusión no válida en términos de la disponibilidad de condones. En tales países los datos recolectados en un momento determinado podrían mostrar una alta disponibilidad, si bien ésta podría ser escasa en otros momentos. Además, en estas circunstancias la escasez no estaría provocada por una mala distribución, sino por problemas a nivel central.</p> <p>Esta limitación puede abordarse parcialmente incluyendo un elemento adicional en el numerador, correspondiente al número de establecimientos minoristas y centros de salud a los que los jóvenes acuden normalmente y que hayan agotado sus existencias de condones durante cinco o más días consecutivos en los tres meses anteriores. Este elemento adicional puede dar al indicador una dimensión longitudinal, que de lo contrario estará limitada al momento de realización del sondeo. La metodología para recolectar los datos de este elemento adicional debe incluir una breve entrevista al director o gerente del establecimiento en cuestión, al que se le podría preguntar simplemente si recuerda ocasiones en que se hayan agotado las existencias o, para una evaluación más rigurosa, podría incluir una revisión de los registros de mercadería. Para que esta información resulte del mayor provecho posible es necesario determinar las razones del agotamiento de las existencias, de forma que permita diseñar intervenciones dirigidas a abordar los problemas, sean cuales fueren.</p> <p>Al igual que con los otros indicadores incluidos en este capítulo que requieren una muestra de instituciones, por ejemplo los centros educativos para el indicador No. 3 y los centros de salud para el No.4 y el No.5, el presente indicador requiere tomar una decisión sobre los tipos de establecimientos que se pueden seleccionar, en vista de que puede resultar sumamente difícil y costoso obtener una lista completa de todos los sitios donde los jóvenes tienen acceso a los condones. Una vez hecho esto, se requiere una lista completa de todos los sitios que cumplan con los criterios establecidos, de forma que pueda obtenerse la muestra representativa. Si los datos han de separarse según el tipo de establecimiento, es necesario realizar un muestreo por separado para cada tipo de establecimiento. Si un subgrupo comprende menos de 20 establecimientos no se requiere el muestreo y el número de establecimientos puede seleccionarse con determinación.</p> <p>El encuestador puede corroborar la disponibilidad de condones al momento de realizar el sondeo. No obstante, con el propósito de obtener la parte adicional del numerador relacionada con el agotamiento de existencias es necesario consultar con la persona clave que proporciona la información, por ejemplo el gerente o director de cada establecimiento en el que se ha hecho u sondeo, o revisar los libros de registro de mercadería. Esto implica la necesidad de una planificación y un trabajo adicionales. Es necesario tener en cuenta que la recolección de datos a partir de entrevistas está sujeta a la parcialidad de la memoria y a las respuestas selectivas de los que proporcionan la información.</p> <p>Vínculos con otros indicadores: Este indicador puede interpretarse conjuntamente con el indicador No. 2 en el Capítulo 4, sobre el tema del conocimiento de un punto de suministro formal de condones entre los jóvenes. También está asociado a un indicador de la guía de ONUSIDA para el monitoreo y evaluación de los programas nacionales del VIH/SIDA (referencia 3) y al indicador No. 1 sobre disponibilidad de condones: Distribución de condones a nivel nacional.</p>
--	---

7. UDIs jóvenes que se benefician de los servicios de prevención del VIH/SIDA	
<i>Prioridad: Básica en epidemias concentradas, adicional en otras</i>	
Definición	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables (UDI's) jóvenes que se benefician de los servicios de prevención del VIH/SIDA.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.
Numerador	<p>El número de UDI's que en el transcurso del último mes se beneficiaron de los servicios de prevención de la extensión de la epidemia, además del número de UDI's que se encuentran en tratamiento por dependencia de las drogas, ya sea para liberarse completamente de su uso a largo plazo¹ o mediante terapia de sustitución.</p> <p>El numerador debe estar compuesto por individuos y no por el número de contactos, incluyendo los contactos repetidos o el número de agujas y jeringuillas o condones distribuidos.</p>
Denominador	Número estimado de UDIs jóvenes que se inyectan en forma regular.
Herramientas de medición	Para el numerador, las estadísticas de servicios provenientes de proyectos y programas de planificación familiar y centros de tratamiento; para el denominador, los métodos de estimación de prevalencia del número de UDIs jóvenes que se inyectan con regularidad.
Qué mide	<p>Este indicador es una estimación del porcentaje de UDIs jóvenes que en el último mes se beneficiaron de los servicios preventivos de la extensión de la epidemia, además del número de UDIs que son jóvenes y se encuentran en tratamiento por su dependencia de las drogas, ya sea para liberarse de ellas a largo plazo o mediante terapia de sustitución. Los servicios preventivos deben incluir la prevención del VIH/SIDA por contacto sexual, es decir, mediante la facilitación de condones, además del uso de agujas limpias y ofrecer tratamiento contra las drogas, debido a que la epidemia se extiende a la población general por medio de las relaciones sexuales. Un programa integral preventivo debe incluir tanto el intercambio de agujas como la prevención sexual. No debe considerarse ningún programa que ofrezca sólo un componente de prevención sexual. Es necesario puntualizar los servicios incluidos y los que no están incluidos, en aras de contribuir a la claridad y comparabilidad de los datos.</p> <p>La gama de servicios que pueden reducir el riesgo de contraer el VIH entre los UDIs incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH; • distribución de condones; • asesoramiento para la reducción de riesgos; • servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas (SVCP); • programas de desinfección; • programas de distribución de agujas y jeringuillas; • programas de farmacoterapia agonista; • Tratamiento y cuidados para personas con el VIH.
Cómo se mide	<p>La selección de la información relevante para el cálculo del indicador es un proceso de consulta que involucra a todos los interesados en el campo de la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes. Es necesario, por lo tanto, analizar la recolección de información y planificar la recolección futura de datos a cargo de un grupo técnico que trabaje específicamente con el VIH/SIDA y el uso de drogas inyectables. Si no existiese tal grupo de trabajo, debe constituirse uno que funcione, por ejemplo, bajo las órdenes del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.</p> <p>El grupo de trabajo debe determinar las magnitudes del numerador y el denominador. Es posible que falte información esencial o que la información disponible no sea fiable. En tales circunstancias el grupo de trabajo deberá desarrollar mecanismos y estándares para el monitoreo y la recolección futura de datos.</p>

¹ Para estimar el numerador, la desintoxicación aislada, en cualquier forma, no se considera un tratamiento.

	<p>Con el fin de determinar el numerador es necesario revisar los datos de todos los programas de planificación familiar y proyectos de tratamiento, tanto gubernamentales como no gubernamentales, en el país en cuestión. Esto por lo común requiere hacer un inventario de todos los programas y proyectos gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen servicios de persona a persona (ya sea solamente de información y asesoramiento, o de información, asesoramiento y suministro de agujas y jeringuillas limpias, o terapias contra la dependencia de drogas, tales como tratamientos con metadona y programas basados en la abstinencia). También es necesario cotejar los datos de estos programas y proyectos. En caso de que un país no cuente con un plan de programas y proyectos en curso, se recomienda establecer con celeridad una base de datos, por ejemplo mediante el Sistema de Información de Respuesta del País (SIRP) u otros métodos.</p> <p>Los datos de todos los servicios relevantes se combinan con el fin de calcular el numerador para este indicador. Sin embargo, cuando el indicador es presentado a nivel nacional deben especificarse los tipos de servicios ofrecidos y los tipos incluidos en el numerador.</p> <p>Puede resultar problemático solicitar un desglose por edad que conlleve indagar posibles actividades ilegales, por lo que se recomienda establecer como indicador básico una clasificación por edad de “menos de 25 años” y se sugiere un desglose adicional de personas menores de 18 años como alternativa cuando sea del caso.</p> <p>Es posible utilizar una serie de métodos para estimar la magnitud real de una población específica que sea vulnerable al contagio del VIH, en este caso el número de usuarios de drogas inyectables de un país. Estos métodos están diseñados para producir estimaciones en cuanto al tamaño de las poblaciones ocultas o de difícil acceso.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Este indicador ofrece una sólida medición programática sobre la disponibilidad de servicios para atenuar los riesgos entre UDIs. Los datos del denominador podrían tener un margen de error considerable, ya que las estimaciones se derivan de diferentes fuentes. Estas pueden estar sesgadas o extrapolarse a partir de datos obtenidos al nivel subnacional. Si existen fuentes diferentes de datos es necesario utilizar la mejor estimación disponible.</p> <p>Es necesario llevar un registro del número de UDIs que se benefician de los servicios de ayuda social, con el fin de evitar un cómputo doble y proteger y resguardar la confidencialidad con respecto a su identificación, en especial en relación con las agencias encargadas del cumplimiento de la ley, que consideran estas actividades como problemáticas. Por ejemplo, en algunos lugares puede ser ilegal distribuir agujas para personas menores de 18 años, mientras que muchos servicios de ayuda social funcionan con la premisa de “no hacer preguntas” y por lo tanto no recolectan datos sobre sus clientes. Es más probable que los programas de tratamiento contra la dependencia de drogas mantengan registros relativos a la edad.</p> <p>Vínculos con otros indicadores El indicador está vinculado a un indicador de las Directrices de ONUSIDA para la creación de indicadores clave (17): “Porcentaje de UDIs que han adoptado conductas que reducen la transmisión del VIH”.</p>

8. Participación de los jóvenes en programas de prevención del VIH/SIDA	
<i>Prioridad: Adicional</i>	
Definición	Avances para involucrar formalmente a personas jóvenes en el ciclo de programación de los programas de prevención del VIH/SIDA dirigidos a ellos.
Población a la que va dirigido	Directores de programas nacionales contra el SIDA.
Numerador	N/A
Denominador	N/A
Herramientas de medición	Una lista de preguntas clave que se incluirán en una entrevista a los directores de programas nacionales.
Qué mide	<p>Se ha comprobado que la participación de personas jóvenes es una característica clave de los programas dirigidos a este sector de la población que han sido exitosos. Además, tal participación en asuntos que les afectan directamente es un derecho estipulado en la Convención de los Derechos del Niño. Se ha reconocido que este elemento puede propiciar un sano desarrollo y actuar como catalizador para el logro de resultados positivos para los adolescentes. La participación puede también dar mayor relevancia y aceptación a los programas dirigidos a los adolescentes, mejorando así su aplicación y efectividad.</p> <p>Este indicador muestra si las iniciativas y programas a nivel nacional para prevenir el VIH/SIDA dirigidos a los jóvenes, los han involucrado formalmente en el diseño, implementación, dirección y/o evaluación de las intervenciones y si se han establecido las estructuras o procesos formales para hacerlo. Lo que se considera como estructuras o procesos formales debe ser definido en cada contexto nacional. Estos pueden abarcar, por ejemplo, juntas juveniles de asesoría, encuestas de opinión y consultas participativas. Existen dos criterios a considerar: 1) si la participación de los jóvenes está formalizada (por ejemplo, en una junta asesora, etc.); y si la estructura o proceso desde donde se promueve esta participación está funcionando. Esto por lo general significa que debe haber estado en funcionamiento durante los últimos 12 meses o, en las instancias relevantes, durante el ciclo de programación.</p>
Cómo se mide	<p>Los datos para este indicador pueden recolectarse al mismo tiempo que los del indicador sobre políticas (indicador No.1 en este capítulo), el cual especifica los siguientes tres tipos fundamentales de programas o intervenciones especialmente relevantes para la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Campañas de IEC centradas en la prevención del VIH/SIDA y dirigidas a los jóvenes. 2. La educación para el desarrollo de habilidades para la vida en centros educativos. 3. La prestación de servicios de salud amigables para jóvenes. <p>En cada una de las anteriores áreas de programas debe evaluarse si se cuenta con la participación de personas jóvenes en las siguientes etapas clave del ciclo de programación: evaluación y diseño, implementación, gobierno/supervisión, así como monitoreo y evaluación. Cada evaluación debe incluir una descripción cualitativa de la forma en que los jóvenes están involucrados y una calificación que refleje ese grado de participación. Tal calificación debe basarse en el siguiente puntaje: 2 = participación plena; 1= participación parcial; 0= ninguna participación. Por ejemplo, si se les involucró en una evaluación sobre las necesidades de participación previa a la implementación de una campaña de IEC, deben asignarse 2 puntos en el elemento No. 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación. ¿Se evaluaron las necesidades de los jóvenes mediante métodos participativos antes de que el programa se diseñara? (La realización de tal evaluación se tomaría como una respuesta positiva, mientras que la realización de un sondeo en el que ellos participaran meramente como encuestados no se calificaría como un método participativo). 2. Diseño. Cuando se estaba diseñando el programa, ¿se buscó activamente obtener la opinión de la Población a la que va dirigido en cuanto al método o enfoque más adecuado para la realización del programa? ¿Participó gente joven en el diseño de tales métodos y enfoques?

	<p>3. Implementación: ¿Se considera la participación de los jóvenes en la implementación del programa, por ejemplo en calidad de educadores de sus pares, como una parte integral de la estrategia para llevarlo a cabo?</p> <p>4. Gobierno/vigilancia: ¿Incluye la estructura de gobierno/vigilancia a personas jóvenes? (Podría tratarse de una estructura separada constituida específicamente por jóvenes, por ejemplo una junta juvenil, o podría estar incorporada a las estructuras encabezadas por adultos. En cualquiera de los dos casos debe evaluarse el papel de los jóvenes con respecto a las estructuras de gobierno/ monitoreo dirigidas por adultos.</p> <p>5. Monitoreo y evaluación. Al evaluar el progreso del seguimiento de la implementación (monitoreo) o la valoración de sus efectos (evaluación), ¿se involucra a los jóvenes, por ejemplo en de calidad de investigadores de menor rango o en funciones similares, pero no como meros encuestados en los sondeos u otros medios de recolección de datos?</p> <p>Para obtener la calificación general se sumarían los puntos para cada elemento en particular dentro de cada uno de los tres tipos más importantes de programas especificados arriba:</p> <p>Suma de puntajes obtenidos en cada elemento 5 (número total de elementos)</p> <p>Cuando exista más de un encuestado el numerador deberá incluir la suma de los puntajes de todos los encuestados y el denominador deberá multiplicarse por el número total de encuestados.</p> <p>Estos puntajes arrojan una evaluación global del grado de compromiso activo de los jóvenes en los programas dirigidos a ellos, e incluso pueden usarse para comparar los esfuerzos participativos en diferentes programas, ya que la mayoría de las intervenciones, independientemente de su tema y medio de realización, pasan por las etapas de programación mencionadas arriba. Sin embargo, los puntajes totales tendrán un valor limitado ya que la información más significativa se encuentra en la descripción cualitativa sobre el grado de participación de los jóvenes durante cada etapa del ciclo del programa.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Los datos de este indicador son simples de recolectar y, si se evalúan al mismo tiempo que el indicador sobre políticas, no es necesario recabar datos adicionales. Al ser un indicador a nivel nacional, se limita a las categorías y estructuras fundamentales de participación. Con el fin de describir de manera adecuada los procesos participativos emprendidos en un programa, la medición debe hacerse al nivel de la intervención y debe captar la cantidad y la calidad de la participación, es decir, la proporción de jóvenes involucrados en cualquiera de las etapas del ciclo de programación, además de la calidad de esa participación. No obstante, el indicador es una medida útil para determinar si los programas dirigidos a la juventud y con cobertura nacional procuran involucrarlos, y en qué medida lo hacen.</p> <p>Este es un ejercicio cualitativo: la información se recolecta mediante entrevistas con un número limitado de personas que suministran información. En la mayoría de los países la persona encuestada que resulta seleccionada será probablemente el director del programa nacional contra el SIDA. El puntaje del indicador depende de una evaluación hasta cierto punto subjetiva del nivel de participación en el programa. Por ello resulta deseable entrevistar a más de un encuestado, de forma de obtener un panorama más integral. Es importante hacer un esfuerzo por mantener la misma composición del grupo de informadores durante varios años, con el fin de contrarrestar el posible sesgo de memoria diferencial.</p> <p>Vínculos con otros indicadores El indicador puede ser recolectado y analizado junto con el indicador N° 1 de este capítulo, relativo a las políticas y estrategias para la prevención del VIH/SIDA entre la gente joven.</p>

CAPÍTULO 4

INDICADORES DETERMINANTES (FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN)

Resumen

Los indicadores incluidos en este capítulo proporcionan información sobre los determinantes subyacentes a las conductas directamente ligadas al contagio del VIH en los jóvenes. Las conductas adolescentes reciben la influencia de varios factores que, a su vez, reflejan diferentes relaciones, contextos, culturas y condiciones económicas. Estos factores se llaman “determinantes” porque determinan las conductas individuales o ejercen influencia sobre estas. Los determinantes pueden ser positivos o negativos y, dependiendo de sus efectos, con frecuencia se les llama factores de riesgo o factores de protección.

Definición de factores de riesgo y factores de protección (21)

Los factores de riesgo son condiciones o variables relacionadas con una disminución de la probabilidad de obtener resultados positivos y un aumento de la probabilidad de obtener resultados negativos o no saludables.

Los factores de protección tienen el efecto inverso: aumentan la probabilidad de obtener resultados positivos y reducen la probabilidad de obtener consecuencias negativas de la exposición al riesgo.

En el contexto de la prevención del VIH/SIDA, los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades que conllevan riesgo sexual o de que se expongan al VIH. Los factores de protección disminuyen esta probabilidad. Un ejemplo de un factor de riesgo en la iniciación sexual temprana es la percepción de que los amigos son sexualmente activos. Es más probable que los jóvenes que tienen esta percepción tengan relaciones sexuales, a diferencia de los jóvenes que no tienen esta percepción. Ejemplos de factores de protección incluyen tener actitudes positivas respecto de la prevención del embarazo y tener la capacidad de rehusarse a tener relaciones sexuales riesgosas.

Algunos determinantes, como la edad, el sexo, las creencias y actitudes, se relacionan con el individuo. Otros se relacionan con influencias de los amigos, la familia y la comunidad, así como con el contexto socioeconómico más amplio. La conjunción de todos estos elementos pueden contribuir al logro de un entorno seguro y de apoyo, que es fundamental para la salud y desarrollo de los adolescentes (22).

¿Por qué es importante para los directores recolectar datos sobre los determinantes?

La recolección habitual de datos sobre el entorno de la vida de los jóvenes es importante para los directores de programas con respecto a:

- La defensa, de modo que sea premiante favorecer la inversión en intervenciones que disminuyan la vulnerabilidad de los jóvenes y aumenten la probabilidad de que adopten conductas que reducen el contagio del VIH;
- intervenciones como la comunicación, el desarrollo de habilidades para la vida y los servicios de salud, con el fin de garantizar que los jóvenes más vulnerables no queden excluidos de las principales intervenciones;
- desarrollo e implementación de intervenciones que no solo estén dirigidas a los jóvenes

individualmente, como información, destrezas y servicios, sino también a los entornos en que viven, aprenden y trabajan;

- políticas, de modo que puedan centrarse en aquellos factores que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes, y garantizar que sus derechos estén protegidos, y para que sea posible ofrecer una forma de evaluar regularmente la implementación de las políticas que se han desarrollado.

Los indicadores clave que deben tomar en cuenta los directores de programas se resumen en esta guía bajo tres encabezados: **características sociodemográficas**, **sub-poblaciones vulnerables** y **determinantes** clave de conductas relevantes en el VIH.

Las **características sociodemográficas** de las poblaciones a las que va dirigido son: distribución por edad, estado civil, afiliaciones religiosas, condiciones de vida, residencia urbana/rural, etc. Muchos de estos datos se recolectan en gran medida mediante censos y encuestas establecidas, es decir, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples Agrupados (EIMA). No se ofrecen detalles sobre la recolección de estos indicadores porque no se requiere una nueva recolección de datos. Sin embargo, con frecuencia es necesario hacer una desagregación de los datos existentes por edad, sexo y estado civil, para que la información específica sobre hombres y mujeres jóvenes esté disponible. Los indicadores en esta categoría incluyen los siguientes:

1. Las proporciones de la población nacional entre 10-14, 15-19 y 20-24 años.
2. Las proporciones de la población urbana y rural entre 10-14, 15-19 y 20-24 años.
3. Las proporciones de hombres y mujeres jóvenes entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que asisten a los centros educativos.
4. Las proporciones de hombres y mujeres jóvenes entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que están casados en la actualidad.
5. La edad promedio en el primer matrimonio de hombres y mujeres jóvenes.
6. La edad promedio en el primer parto.
7. Las proporciones de gente joven entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que viven de ingresos inferiores a los definidos nacionalmente como línea de pobreza.
8. La distribución de la población (adultos y jóvenes) entre 10-14, 15-19 y 20-24 años por creencias religiosas.
9. Las proporciones de hombres y mujeres jóvenes entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que trabajan fuera del hogar.
10. Las proporciones de hombres y mujeres jóvenes entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que viven con sus padres.

Los indicadores del segundo grupo se relacionan con **sub-poblaciones vulnerables** específicas de jóvenes, tales como usuarios de drogas inyectables, gente joven que quedó huérfana por el VIH/SIDA y trabajadores sexuales. En esta guía no se brindan detalles sobre la recolección de datos para estos indicadores, ya que otras guías ofrecen información detallada sobre este tema (6, 20). Los indicadores en esta categoría incluyen:

1. Las cifras y proporciones de UDIs entre 10-14, 15-19 y 20-24 años.
2. Las cifras y proporciones de trabajadores sexuales entre 10-14, 15-19 y 20-24 años.
3. Las cifras y proporciones de hombres jóvenes entre 10-14, 15-19 y 20-24 años que tienen relaciones sexuales con hombres.
4. Las proporciones de jóvenes entre 10-14 y 15-17 años que son huérfanos. (La edad límite es de 17 años porque en la mayoría de los países, al cumplir 18 años uno es mayor de edad)

Los indicadores del tercer grupo describen los determinantes clave (factores de riesgo y factores de protección) de conductas particularmente relevantes para la prevención del VIH. Algunos de estos indicadores todavía están en etapa de desarrollo, pero se han incluido en esta guía con el fin de ofrecer una idea a los directores de programas sobre los aspectos de la vida de la población juvenil que deben ser supervisados. Se anticipa que la experiencia obtenida en la medición de estos indicadores permitirá hacer importantes contribuciones a versiones futuras de la guía. A continuación se presenta una lista de estos indicadores, seguida por su descripción detallada.

Indicador	Herramientas de medición	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Epidemia concentrada/ de bajo nivel
1. Conocimiento que tienen los jóvenes de la prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	B	B
2. Conocimiento de un punto de suministro formal de condones entre los jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
3. Toma de decisiones de los jóvenes en relación con la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
4. Percepciones sobre la actividad sexual de los compañeros	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
5. Conexión con un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
6. Regulación de la conducta de los jóvenes por parte de un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	A	A
7. Apoyo de los adultos a la educación sobre el uso de condones para prevenir el VIH/SIDA entre los jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	B	B

A = Adicional

B = Básica

1. Conocimiento sobre la prevención del VIH entre los jóvenes <i>Prioridad: Básica</i> <i>(Este es un indicador emitido por UNGASS)</i>	
Definición	Porcentaje de jóvenes que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan importantes conceptos erróneos sobre el VIH.
Población a la que va dirigido	Personas entre 10–24 años.
Numerador	El número de encuestados que dan respuestas correctas a las cinco preguntas relacionadas con el contagio del VIH y conceptos equivocados sobre el VIH.
Denominador	Toda la gente joven.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Este indicador combina mediciones de conocimientos sobre el contagio y prevención del VIH con mediciones de la prevalencia de interpretaciones erróneas sobre el VIH.
Cómo se mide	<p>Para elaborar este indicador se utilizan respuestas a las siguientes series de preguntas, recomendadas en las Directrices de ONUSIDA para la elaboración de indicadores básicos (17).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es posible reducir el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales solo con un compañero fiel que no esté contagiado? 2. ¿Es posible reducir el riesgo de transmisión del VIH con el uso de condones? 3. ¿Es posible que una persona que parece sana esté infectada con el VIH? 4. ¿Es posible que una persona se contagie del VIH a través de picaduras de mosquitos? 5. ¿Es posible que una persona se contagie del VIH compartiendo una comida con alguien que está contagiado? <p>Quienes nunca han escuchado sobre el VIH/SIDA deben excluirse del numerador e incluirse en el denominador.</p> <p>Los puntos 4 y 5 pueden sustituirse por las dos interpretaciones erróneas locales o nacionales más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH, por ejemplo, “¿Puede un hombre contagiado por el VIH curarse de esta enfermedad si tiene relaciones sexuales con una joven que es virgen (o sea, una joven que nunca ha tenido relaciones sexuales?)”</p> <p>Los puntos 1 y 2 miden el grado de conocimiento relacionado con la prevención de la transmisión del VIH. El punto 3 mide el error común de interpretación en el sentido de que las personas que parecen sanas no pueden haberse contagiado el VIH. Esta interpretación equivocada difundida entre gente joven puede resultar en relaciones sexuales sin protección con un compañero contagiado. Los puntos 4 y 5 se refieren a otras dos interpretaciones erróneas sobre la transmisión del VIH. Los cinco puntos, tomados en conjunto, ofrecen a los directores de programas la posibilidad de medir el conocimiento general que tienen los jóvenes sobre cómo evitar contagiarse del VIH.</p> <p>Además de los puntos de prevención 1 y 2, la abstinencia también puede constituir una opción de prevención importante para la gente joven. Aunque la investigación en muchos contextos demuestra que la gente que ya es activa sexualmente raras veces usa la abstinencia como un método primario para la prevención del VIH, en particular los jóvenes pueden estar practicando la abstinencia secundaria, es decir, un período prolongado de inactividad sexual voluntaria después de la iniciación sexual. Los programas enfocados en retrasar la edad de la iniciación sexual entre los jóvenes podrían decidir agregar un indicador de conocimiento que incluya respuestas correctas a preguntas sobre la abstinencia como método de prevención en el numerador, por ejemplo, “¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH absteniéndose de tener relaciones sexuales?”</p>

	<p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para mujeres y hombres, separados por edad en los siguientes grupos: 10-14, 15-19, 20-24 y 10-24 años (ocho categorías). También debe presentarse para el grupo de edad 15-24, ya que los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los objetivos de UNGASS con respecto al VIH se especifican para este grupo de edad. El indicador también puede dividirse por preguntas, para mostrar las lagunas existentes en cuanto al conocimiento y la prevalencia de interpretaciones erróneas.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Un conocimiento acertado sobre la transmisión y prevención del VIH es un requisito previo, aunque insuficiente, para la adopción de conductas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH. Un conocimiento correcto de las formas equívocas de transmisión es tan importante como conocer los modos correctos, y es esencial que los jóvenes tengan un conocimiento básico de los medios de protección. Los datos desglosados en relación con este aspecto pueden ofrecer una orientación significativa para programas nacionales de promoción de la salud.</p> <p>Este indicador es fácil de medir en un sondeo. Ofrece un gran caudal de información en países donde el conocimiento general sobre el VIH/SIDA es escaso, ya que permite medir con facilidad las mejoras que se logran con el paso del tiempo. En países donde hay un amplio conocimiento de este campo, el indicador puede demostrar si los niveles de información se mantienen altos.</p>

2. Conocimiento entre los jóvenes de la existencia de puntos de suministro formal de condones <i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	El porcentaje de gente joven que conoce al menos un punto de suministro formal de condones.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.
Numerador	El número de gente joven entre 15–24 años que pueden nombrar al menos un punto de suministro formal de condones.
Denominador	Toda la gente joven.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador mide la proporción de gente joven que puede nombrar al menos un punto de suministro formal de condones. Algunos estudios han demostrado que es mucho más probable que los adolescentes que conocen sobre al menos un punto de suministro de condones los usen, a diferencia de los que no saben que existen (24, 25).</p> <p>Es preciso destacar que puede haber muchas respuestas aceptables a la pregunta sobre puntos de suministro, por ejemplo, centros de salud, farmacias, almacenes, clínicas de servicio a la comunidad, máquinas expendedoras o cualquier otra estructura formal o contexto donde puedan comprarse condones o adquirirse gratuitamente. En cada contexto nacional se debe definir una definición de la variedad exacta de fuentes aceptables.</p>
Cómo se mide	<p>Este indicador se evalúa pidiendo a los encuestados que citen al menos un punto de suministro donde ellos pueden obtener condones. La pregunta debe permitir que se indique más de un emplazamiento. El número máximo puede ser definido en cada contexto nacional, pero tres puntos de suministro representan una opción aceptable. En un cuestionario administrado por un encuestador, éste debe simplemente registrar los puntos de suministro mencionados, sondeando al encuestado para que piense sobre si conoce otro, hasta haber alcanzado el número establecido, o el encuestado no pueda nombrar ningún otro lugar. En un cuestionario auto-administrado debe haber un número de espacios en blanco donde los encuestados puedan escribir sus respuestas. En la etapa de análisis, ciertos lugares mencionados pueden considerarse inaceptables o incorrectos, por ejemplo, puede ser que los amigos o familiares no sean considerados como proveedores formales de condones.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres, separados por edad en los siguientes grupos: 15–19, 20–24 y 10–24 años (seis categorías).</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>En muchas partes del mundo puede esperarse que la gran mayoría de jóvenes tengan conocimiento sobre al menos un punto de suministro formal de condones. Con el fin de obtener una respuesta significativa en esta circunstancia, una opción es aumentar el número mínimo de puntos de suministro a citar para que la respuesta sea correcta, es decir, el numerador es el número de encuestados que pueden citar, digamos, al menos dos puntos de suministro formal de condones.</p> <p>Conocer un punto de suministro de condones es el primer requisito para obtenerlos pero no es lo mismo que obtenerlos en realidad. Diferentes barreras pueden impedir que la gente joven tenga acceso a los condones, entre las más comunes están su costo y el estigma asociado con obtenerlos. Es muy importante analizar estas barreras, ya que las intervenciones pueden dirigirse a superarlas, por ejemplo, mediante subsidios para la compra de condones o la organización de campañas publicitarias orientadas a reducir el estigma.</p> <p>Este indicador puede interpretarse en conjunto con el indicador No. 6 del Capítulo 3 (disponibilidad de condones para los jóvenes).</p>

3. Toma de decisiones de los jóvenes respecto de la sexualidad	
<i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	Porcentaje de jóvenes que se considera capaz de negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas.
Población a la que va dirigido	Personas que no se han casado entre 15–24 años.
Numerador	El número de personas jóvenes que se sienten capaces de negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas.
Denominador	Toda la población juvenil.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Este indicador mide si los jóvenes confían en que tienen cierto grado de control sobre su vida y actividad sexual. Se relaciona con la eficacia propia a nivel individual, revela la medida en que los jóvenes se sienten capaces de protegerse a sí mismos. Si los jóvenes sienten que tienen poco control sobre las relaciones sexuales, probablemente no podrán evitar tener relaciones sexuales no deseadas, ni exigir el uso de condones.
Cómo se mide	<p>Para el numerador, deben desarrollarse preguntas culturalmente apropiadas sobre la capacidad que los jóvenes creen tener para rehusarse a tener relaciones sexuales, por ejemplo, “¿Si no quisiera tener relaciones sexuales, cree que sería capaz de rehusarse?” Las respuestas y puntajes posibles correspondientes a esta pregunta serían:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definitivamente no podría (0); • Probablemente no podría (1); • Probablemente podría (2); • Definitivamente podría (3). <p>En un sondeo guiado por un entrevistador sería mejor que éste leyera las opciones al encuestado, a quien se le pediría elegir una.</p> <p>Con el fin de calcular el indicador como un porcentaje, las respuestas “probablemente podría” o “definitivamente podría” pueden clasificarse como “Sí” y las otras como “No”. Alternativamente, la distribución de todas las respuestas puede presentarse como porcentajes totalizando 100% para cada subgrupo de interés, es decir, hombres y mujeres, grupos de edad.</p> <p>Este indicador debe presentarse separando a hombres y mujeres por edad en los siguientes grupos: 15–19, 20–24 y 15–24 años (seis categorías).</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador es útil porque mide una característica esencial del contexto en el que vive la gente joven y lo que piensan del mismo. Si los jóvenes perciben que el contexto o ambiente cultural en el que viven limita su opción a negarse a tener relaciones sexuales o a negociar, los esfuerzos para la prevención del VIH deben ajustarse correspondientemente y la evaluación de los esfuerzos de prevención existentes deben tomar esta limitación en cuenta.</p> <p>Si se desea obtener información más detallada con respecto a los tipos de relaciones sexuales y a las situaciones de la población juvenil, esta pregunta puede ampliarse, por ejemplo, para abarcar la capacidad de negarse a mantener relaciones sexuales con un compañero con el que lleva mucho tiempo, con alguien que ofrece dinero o regalos, o con alguien que tiene poder sobre el entrevistado, como un educador o patrón. Además, puede preguntarse a los entrevistados si tienen la confianza para negociar el uso del condón. Esta pregunta puede ampliarse para cubrir la capacidad de usar un condón después de ingerir licor o consumir drogas, para insistir en el uso del condón aunque un compañero esté renuente, y a rehusarse a tener relaciones sexuales si no se usa un condón. Para hacerse una mejor idea sobre la manera de formular tales preguntas, puede hacerse referencia a la guía de FOCUS (7)</p>

4. Percepción sobre la actividad sexual de los compañeros de la misma edad (normas de los compañeros) <i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	El porcentaje de gente joven que percibe que sus compañeros han tenido relaciones sexuales.
Población a la que va dirigido	Personas entre 10–24 años.
Numerador	El número de encuestados entre 10–24 años que perciben que sus compañeros de la misma edad han tenido relaciones sexuales.
Denominador	El número de encuestados entre 10–24 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Este indicador mide el grado en que la gente joven cree que sus amigos tienen una vida sexual activa. Parece obvio que las actitudes y normas del grupo de amigos de la misma edad ejercen una importante influencia sobre las conductas de los jóvenes. A pesar de eso es importante monitorear las actitudes y normas entre los jóvenes porque estudios realizados tanto en países desarrollados como en países en desarrollo han demostrado que, cuando los adolescentes creen que sus amigos tienen una vida sexual, es más probable que indiquen haber tenido relaciones sexuales de lo que indicarían en caso contrario (26–33)
Cómo se mide	<p>En un sondeo general de población, se pregunta a los encuestados: “¿Aproximadamente, cuántos de sus amigos piensa usted que han tenido relaciones sexuales?” El entrevistador lee en voz alta las categorías de respuestas posibles y se pide al encuestado elegir una de las siguientes opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. Unos pocos. 3. Cerca de la mitad. 4. La mayoría. 5. Todos. <p>Las posibles respuestas pueden presentarse como porcentajes (sumando un total de 100%). En particular, esto permite una mejor comprensión si los porcentajes se calculan separadamente para grupos importantes de interés (hombres y mujeres, grupos de edad entre 10–14, 15–19 y 20–24 años), porque entonces pueden descubrirse diferentes percepciones entre los diferentes grupos.</p> <p>Como alternativa, puede asignarse un puntaje a cada respuesta (que aumenta con la proporción de jóvenes considerados sexualmente activos; por ejemplo, de 0 a 4); la suma de los puntajes de todos los encuestados puede dividirse entre el número de encuestados para obtener un puntaje promedio. Este promedio también debería calcularse separadamente para hombres y mujeres, así como para los diferentes grupos de edad (10–14, 15–19, 20–24 y 10–24).</p> <p>En general, conforme aumenta la percepción de que un gran número de amigos son sexualmente activos, aumenta la probabilidad de que los jóvenes afirmen que han tenido relaciones sexuales. Por lo tanto, este indicador debe interpretarse en conjunto con aquellos que miden la actividad sexual referida (Capítulo 5).</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite una mejor comprensión de las poblaciones juveniles que todavía no han empezado a tener relaciones sexuales. Tanto la teoría como la investigación empírica demuestran que existe una relación entre las normas sobre la conducta sexual de los amigos y la verdadera actividad sexual. Por consiguiente, las intervenciones tales como programas de educación para los amigos de la misma edad con frecuencia se centran en cambiar las normas.</p> <p>Sin embargo, puesto que la mayoría de los estudios son de corte transversal y analizan la influencia que tiene sobre la conducta de los individuos lo que piensan sobre la conducta sexual de sus amigos, todavía no está claro si la relación es causal. Por ejemplo, es posible que los adolescentes imiten la conducta real o imaginada de sus amigos, o que una vez que inicien su propia vida sexual, se inclinan más por suponer que sus amigos también son sexualmente activos, a diferencia de lo que lo que ocurriría en caso contrario.</p>

	<p>No obstante, este indicador aporta importantes datos para comprender las creencias de los jóvenes con respecto a la prevalencia de la actividad sexual entre sus amigos. Esto es importante porque es frecuente que la gente joven sobreestime la proporción de sus amigos que tienen vida sexual (34–36). En este caso, las normas de los amigos actúan como un factor de riesgo, que posiblemente propicien la actividad sexual temprana. Sin embargo, las normas de los amigos también pueden ejercer un efecto positivo: los adolescentes que creían que sus amigos usaban condones eran más propensos a utilizarlos (36).</p>
--	---

5. Conexión con un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	
<i>Prioridad: Adicional</i>	
Definición	El porcentaje de gente joven que siente que tiene una conexión positiva con sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados
Población a la que va dirigido	Personas entre 10–19 años.
Numerador	El número de gente joven entre 10–19 años en cada una de las tres categorías de conexión (poca, mediana y mucha)
Denominador	El número de gente joven entre 10–19 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador mide el porcentaje de adolescentes entre 10-19 años que sienten que tienen una conexión con sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados. Este es uno de los aspectos clave del entorno en el que viven los jóvenes. La “conexión” se mide en términos de la cercanía de las relaciones entre adolescentes y padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados</p> <p>Los adolescentes que perciben que quienes les ofrecen atención y cuidados los apoyan en las diferentes formas que mide este indicador, presentan estadísticamente niveles más altos de bienestar y niveles más bajos de conductas de riesgo (es decir, 37, 38). Es más probable que los adolescentes que viven en una familia donde hay conflictos experimenten depresión y consuman sustancias ilícitas (39). El VIH es en última instancia impulsado por la conducta individual; pero, el contexto en el que crecen y toman decisiones los jóvenes, incluyendo decisiones en el aspecto sexual, contribuye enormemente a los tipos de decisiones que toman (es decir, si se permiten conductas de riesgo). La relación describe un aspecto de este contexto, en este caso el contexto familiar, y su contribución a la salud y desarrollo del adolescente.</p> <p>Se ha recopilado un conjunto de elementos a partir de una cuidadosa revisión de la teoría, el trabajo empírico y los programas existentes en muchos países desarrollados y en desarrollo (38). Por lo tanto, este conjunto representa una evaluación integral de las conductas de apoyo de los padres que propician relaciones positivas con los adolescentes. Por supuesto, se limita a las percepciones que tienen los adolescentes sobre la incidencia de estas conductas, que pueden o no ser consistentes con la forma en que los padres evaluarían las mismas conductas.</p>
Cómo se mide	<p>Este indicador se mide calculando las proporciones o puntaje promedio de 15 elementos referidos a las actitudes en un sondeo que incluye gente joven. Los elementos para medir la cercanía de la conexión han sido probados y validados en 12 contextos culturales diferentes. Las 15 afirmaciones que contiene el indicador de la relación se refieren a la relación que tiene el / la joven con sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados.</p> <p>Se pide a los encuestados elegir de una lista de adultos, por ejemplo, madre, padre, abuelo, tío/tía y tutor, aquel con quien pasan más tiempo. Se les pide elegir una respuesta para cada afirmación de una escala tipo Likert de tres puntos, indicando si el encargado de ofrecerle servicios de atención primaria cumple con cada uno de las actitudes mencionadas (i) no siempre, (ii) algunas veces, o (iii) con frecuencia, con puntajes de 1, 2 y 3 respectivamente. Las afirmaciones son como se indica a continuación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me da apoyo y me motiva. 2. Me presta atención y me escucha. 3. Me demuestra afecto. 4. Me halaga. 5. Me reconforta. 6. Respeta mi sentido de libertad. 7. Me comprende.

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Confía en mí. 9. Me aconseja y orienta. 10. Satisface mis necesidades. 11. Me da dinero 12. Me compra cosas. 13. Se comunica abiertamente conmigo. 14. Pasa tiempo conmigo. 15. Me ayuda con mis estudios (no se aplica si el encuestado no estudia). <p>Los resultados se calculan como las proporciones de personas jóvenes que sienten que tienen poca, alguna o mucha cercanía con sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados. Puesto que la escala tiene solo tres puntos, los resultados pueden categorizarse como relación mala, regular o cercana.</p> <p>Además, el resultado puede relacionarse con el comportamiento con respecto a la salud o con el resultado relacionado con la salud que es de interés para el estudio, por ejemplo, iniciación sexual o uso del condón. Esto permite medir la importancia de la relación positiva entre los jóvenes y sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados y su efecto en los resultados relativos al comportamiento y en términos de la salud.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres, separados en los siguientes grupos de edad: 10–14, 15–19 y 10-19 (seis categorías). Este indicador no debe presentarse si no se cuenta con los datos correspondientes.</p> <p>NOTA: este indicador es más relevante para el grupo de menor edad (10-14 años) ya que las relaciones con los padres tienden a tener más influencia en la primera etapa de la adolescencia. En muchos países la mayoría de edad corresponde a los 18 años. Y en este caso el indicador puede ser más relevante para los jóvenes menores de 17 años.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Con frecuencia es difícil tratar los factores contextuales a través de programas. Sin embargo, la conexión con los padres es uno de los factores que se ha abordado programáticamente. En general, esto se ha logrado centrando los esfuerzos en mejorar la comunicación entre padres y adolescentes, en particular con respecto a temas sensibles tales como la salud sexual y reproductiva, mediante campañas de información y comunicación dirigidas a los padres y mediante esfuerzos realizados en los centros educativos para involucrar a los padres más activamente en la comunicación con sus hijos. Puesto que ciertamente la relación padre-hijo se compone de diferentes aspectos, la comunicación abierta y positiva es un aspecto importante de la relación y puede fomentarse exitosamente mediante las intervenciones. Cuando el nivel de relación es malo, puede ser aconsejable contar con programas para los padres o quienes brindan servicios sanitarios de atención primaria, o facilitar la ayuda de consejeros alternativos. En un programa de esta naturaleza, los evaluadores podrían usar este indicador como un indicador intermedio de resultados con el fin de medir las mejoras en el entorno de los jóvenes en la población a la que va dirigido el programa.</p> <p>NOTA: este indicador debe interpretarse en conjunto con la medición de la regulación de la conducta de los adolescentes por parte de los padres (ver siguiente indicador), que se concentra en el conocimiento que tienen los padres de las conductas de sus hijos adolescentes, un aspecto de la regulación de dichas conductas que asumen los padres y que está relacionado con la estructura y los límites, en particular respecto al comportamiento de los jóvenes. Recientemente se ha publicado un trabajo que evidencia que una relación positiva combinada con una regulación de la conducta de los adolescentes por parte de los padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados, contribuye de la manera más efectiva a lograr resultados positivos en cuanto a la salud y el desarrollo de los jóvenes.</p>

6. Regulación de la conducta de los jóvenes por parte de un padre o persona responsable de ofrecer atención y cuidados	
<i>Prioridad: Adicional.</i>	
Población a la que va dirigido	El porcentaje de gente joven que refiere que el nivel de regulación que ejercen sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados es bajo, mediano o alto.
Población a la que va dirigido	Personas entre 10–19 años.
Numerador	El número de gente joven entre 10–19 años en cada una de las tres categorías de regulación (baja, mediana, alta).
Denominador	El número de gente joven entre 10–19 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador es una medición del porcentaje de adolescentes entre 10–19 años que indican un alto nivel de un aspecto de la regulación ejercida por sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados. La “regulación” se compone de expectativas (por ejemplo, relacionadas con la conducta y el trabajo académico), el monitoreo de la conducta adolescente y la aplicación de límites conductuales. Este indicador se limita al aspecto de el monitoreo, específicamente a la propia percepción de los jóvenes con respecto a cuánto saben sus padres o persona responsable de ofrecer atención y cuidados sobre sus comportamientos.</p> <p>En este momento se está probando un indicador que mide todos los tres aspectos de la regulación y reemplazará al indicador actual cuando esté disponible. El indicador de esta guía, aunque es limitado, se relaciona claramente con un aspecto de la regulación. Ha sido validado en 12 diferentes contextos culturales y funciona con tanta precisión como otros indicadores que abordan más directamente el monitoreo de la conducta y la aplicación de límites de comportamiento.</p>
Cómo se mide	<p>Este indicador se mide calculando las proporciones de un puntaje promedio de cinco elementos en un sondeo que incluye gente joven. Los elementos para medir la regulación han sido probados y validados en 12 diferentes contextos culturales. Las cinco afirmaciones que comprende el indicador de regulación tienen que ver con el conocimiento que tienen los padres de la conducta de los adolescentes.</p> <p>Se pide a los encuestados elegir de una lista de adultos, como madre, padre, abuelo, tío/tía o tutor, aquel/lla con quien pasan más tiempo. Luego se les pide que elijan una respuesta para cada frase, utilizando una escala tipo Likert de tres puntos, indicando si los padres o persona responsable de su cuidado sabe (i) nada, (ii) algo, o (iii) mucho sobre cada uno de los enunciados, con puntajes de 1, 2 y 3 respectivamente. Los enunciados son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los lugares que usted frecuenta por las noches. 2. Los lugares que usted frecuenta la mayoría de las tardes después de sus estudios. 3. La forma en que gasta su dinero. 4. Lo que hace con su tiempo libre. 5. Quiénes son sus amigos. <p>El punto 2 se puede modificar o excluir si el encuestado no asiste al colegio.</p> <p>Los resultados son calculados como la proporción de gente joven que informa que sus padres persona responsable de su cuidado aplican una regulación baja, mediana o alta.</p> <p>Además el resultado puede relacionarse con el comportamiento en cuanto a salud o resultado relativo a la salud que es de interés para el estudio, por ejemplo, iniciación sexual o uso del condón. Esto genera una medición de la importancia de la regulación positiva por parte de los padres persona responsable de su cuidado y su efecto sobre la conducta de la gente joven y los resultados relacionados con su salud.</p>

	<p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres, separados por edad en los siguientes grupos: 10–14, 15–19 y 10–19 (seis categorías).</p> <p>Este indicador no debe presentarse si no se cuenta con los datos correspondientes.</p> <p>Este indicador es más relevante para el grupo de jóvenes de menor edad (10 – 14) ya que los padres suelen tener más influencia sobre sus hijos en la adolescencia temprana. Hay que tener en cuenta que en muchos países la mayoría d edad es a los 18 años en cuyo caso el indicador es más significativo par los menores de 17 años.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Este indicador, aunque limitado a una medición del conocimiento de los padres sobre las conductas adolescentes, ofrece una forma indirecta de obtener información sobre la regulación por parte de los padres. Los adolescentes que viven en un entorno que les ofrece relaciones significativas, estimula la auto expresión y les da la estructura y los límites necesarios, tienen menos probabilidad de iniciar su vida sexual a edad temprana, experimentar depresión y usar sustancias ilícitas, que otros adolescentes. La regulación es una medición de la estructura positiva y los límites necesarios para un desarrollo saludable, es decir, expectativas, monitoreo y establecimiento de límites.</p> <p>Como se advierte en la sección 5, el VIH es en última instancia impulsado por la conducta sexual individual, y el contexto en que los jóvenes crecen y toman decisiones, incluyendo decisiones sobre el aspecto sexual, y contribuye enormemente a los tipos de decisiones que toman (por ejemplo, si se permiten o no conductas riesgosas). La regulación describe un aspecto de este contexto, en este caso el entorno familiar, y su contribución a la salud y el desarrollo del adolescente.</p> <p>Con frecuencia es difícil abordar factores contextuales mediante programas. Sin embargo, la regulación por parte de los padres es un factor contextual que se ha abordado programáticamente, con más frecuencia a través de campañas de información y comunicación dirigidas a los padres y los esfuerzos realizados en centros educativos para involucrar a los padres más activamente en la toma de decisiones y actividades de sus hijos. En contextos donde el nivel de regulación es bajo, podría ser deseable tener programas para padres o quienes brindan servicios sanitarios de atención primaria, y ofrecer la ayuda de consejeros, es decir, consejeros experimentados y de confianza. En un programa de este tipo, los evaluadores pueden usar el indicador como un indicador intermedio de resultados para medir las mejoras en el entorno de los jóvenes en la población a la cual está dirigido el programa.</p> <p>NOTA: este indicador debe interpretarse en conjunto con la medición de la relación entre los adolescentes y los adultos (ver indicador previo). El indicador de relación mide la cercanía de la relación entre la gente joven y sus padres persona responsable de su cuidado. Recientemente se ha publicado un trabajo que evidencia que una relación positiva combinada con la regulación de la conducta de los adolescentes por parte de los padres y persona responsable de su cuidado, contribuye de forma más efectiva a lograr resultados positivos en cuanto a la salud y el desarrollo de los jóvenes.</p>

7. Apoyo de los adultos a la educación sobre el uso de condones entre los jóvenes para prevenir el VIH/SIDA <i>Prioridad: Básica.</i>	
Definición	El porcentaje de adultos que está a favor de que la gente joven reciba educación sobre el uso de condones con el fin de prevenir el VIH/SIDA.
Población a la que va dirigido	Adultos (personas mayores de 18 años).
Numerador	<p>El número de adultos que está de acuerdo en que debe educarse a la gente joven entre 12–14 años sobre el uso de condones con el fin de prevenir el VIH/SIDA.</p> <p>NOTA: La versión de EDS (Encuestas Demográficas y de Salud) de este indicador limitó el tema a los niños de 12–14 años. Por esta razón, es posible que los países quieran mantener este límite. Además, en la mayoría de los contextos es probable que este grupo de edad represente a la población juvenil antes de su iniciación sexual, que es un momento crucial para empezar la educación sexual. Con todo, el grupo de edad específico podría ajustarse a situaciones locales, de acuerdo con la edad promedio de la primera relación sexual.</p>
Denominador	Todos los adultos (personas mayores de 18 años).
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Las percepciones de los adultos sobre los programas de prevención del VIH para jóvenes son cruciales para el éxito de un programa debido a que juegan un papel clave en la formación de las actitudes y percepciones de los adolescentes. Si los padres y los adultos de la comunidad desapruueban un programa, esta falta de apoyo con frecuencia afecta las actitudes y conducta de los jóvenes.
Cómo se mide	<p>Este indicador se basa en aspectos que se abordan en las EDS. Evalúa el nivel general de apoyo que brindan los adultos a los programas de información y habilidades concentrados en los adolescentes. En una encuesta realizada en los hogares, se pregunta a los adultos si debe enseñarse a la población juvenil el uso de condones para prevenir el VIH/SIDA.</p> <p>Aparentemente, los padres de los adolescentes constituyen el grupo más importante y, dependiendo del sondeo, puede ser posible hacer un desglose con el fin de proporcionar datos específicos sobre ellos. Sin embargo, las opiniones de los adultos en general ejercen influencia sobre los programas y servicios que se brindan a los jóvenes y, en consecuencia, es útil tener conocimiento de las actitudes generales de los adultos.</p> <p>Si se desea obtener información aún más detallada sobre el apoyo, o su ausencia, atribuible al tipo de adulto influyente, la misma información puede medirse a partir de entrevistas con personas clave seleccionadas que ofrecen información. Dichas entrevistas pueden generar una mejor comprensión del nivel de apoyo o resistencia de los adultos respecto de los programas de prevención del VIH para jóvenes, y puede revelar diferencias en el apoyo a programas entre los adolescentes de mayor y menor edad.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Para el éxito de cualquier programa centrado en los adolescentes es crucial evaluar su apoyo por parte de los adultos. Muchas intervenciones que en última instancia benefician a la población juvenil no son dirigidas a los jóvenes, sino a los adultos cuyos valores ejercen una fuerte influencia sobre los adolescentes. Por ejemplo, el apoyo de los padres o educadores a programas de prevención del VIH en los centros educativos puede afectar positivamente la aceptación e interés de los programas entre los jóvenes. Además, el apoyo de un líder local, ya sea político, religioso, u otro, puede afectar positivamente las percepciones de los adultos.</p> <p>La importancia de las percepciones y apoyo de los adultos fue demostrado en un reciente estudio realizado en Zambia que reveló que las tendencias en el uso de los servicios de planificación familiar por los adolescentes está estrechamente asociado a la aceptación de los adultos de dichos servicios para jóvenes más que con las características de los mismos. (40)</p> <p>Si se usa en una encuesta de población general, este indicador no distingue entre diferentes tipos de adultos influyentes como padres, educadores y trabajadores de la salud. En su lugar, evalúa el nivel general de apoyo de los adultos a los programas de información y habilidades que se centran en los adolescentes. Si se recolectan datos durante cierto tiempo, pueden proporcionar información importante sobre las tendencias de opinión o apoyo entre los adultos para los programas destinados a los jóvenes, especialmente si se realiza un seguimiento cualitativo.</p>

CAPÍTULO 5

INDICADORES CONDUCTUALES

Resumen

Las formas individuales de conducta afectan la propagación del VIH, tanto de forma directa como indirecta. La conducta sexual contribuye directamente al contagio del VIH. De hecho, la mayor parte de los contagios del VIH a nivel mundial ocurren por sexual. Otro modo común de transmisión del VIH, principalmente en los países del sudeste asiático y Europa Oriental, es mediante el uso compartido de agujas. Por este motivo, la mayoría de los programas de prevención del VIH buscan reducir la incidencia de conductas sexuales peligrosas o del riesgo asociado a la inyección de drogas, que puedan transmitir VIH en una población dada.

Los principales determinantes de la propagación del VIH en cualquier población son probablemente un producto complejo del grado y extensión de la red de intercambios sexuales. Ciertas conductas sexuales de alto riesgo requieren consideración especial, es decir, relaciones sexuales con trabajadores sexuales y hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales anales con diversos compañeros. Este capítulo presenta nueve indicadores de conductas sexuales.

En el campo de la salud pública, se ha obtenido considerable experiencia en la recolección de indicadores conductuales. Mediante Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Vigilancia Conductual se han recolectado datos sobre comportamiento sexual en muchos países durante varios años. Este capítulo se basa en las lecciones aprendidas y va más allá de las mediciones estándar del comportamiento, introduciendo un indicador combinado que proporciona una perspectiva más integral de la conducta de riesgo entre la población juvenil (indicador 3).

El indicador combinado crea una perspectiva integral de las diferentes características de las conductas sexuales riesgosas de los jóvenes que fueron previamente analizadas de manera independiente. Se representa más fácilmente en gráficos de barras apiladas, incluyendo a cada encuestado en una de las seis categorías basadas en criterios clave de riesgo de contagio del VIH. Debido a que el indicador combina múltiples datos, ilustra dos puntos clave que no siempre son claros cuando se examinan los componentes por separado: el cambio en una categoría de riesgo con respecto a otra, y el tamaño de cada categoría en relación con la población total. Esto es significativo en la interpretación de los datos. Grandes cambios conductuales dentro de una parte de la población pueden ser poco importantes si el grupo en cuestión representa sólo una pequeña fracción de la población total. Por el contrario, cambios pequeños en las conductas riesgosas de un grupo numeroso, pueden tener un gran impacto sobre el potencial de propagación del VIH. Aunque complejo, este indicador ofrece una mejor comprensión de las tendencias conductuales que impulsan la epidemia del VIH, con el resultado de que la planificación de las intervenciones y la evaluación de sus efectos pueden mejorarse.

Además, algunos de los principales determinantes que aumentan el riesgo se dan entre personas jóvenes que pueden estar bajo la influencia del alcohol o las drogas. Podría existir una superposición de situaciones riesgosas, por ejemplo, si los UDIs tienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales. En este capítulo se incluyen dos indicadores (número 7 y 10) relacionados con estas situaciones.

Finalmente, existe un indicador (número 8) que refleja la conducta de los jóvenes frente a las pruebas del VIH, que es un factor de protección conductual.

Indicador	Herramientas de medición	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Epidemia concentrada/ de bajo nivel
1. Relaciones sexuales antes de los 15 años	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
2. Uso de condones entre jóvenes que tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
3. Conducta sexual segura entre los jóvenes (indicador combinado)	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
4. Relaciones sexuales forzadas entre jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
5. Diferencia de edad con la pareja entre mujeres jóvenes	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	A
6. Relaciones sexuales entre los jóvenes y los trabajadores sexuales	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	B
7. Relaciones sexuales entre jóvenes mientras están bajo el efecto de sustancias tóxicas	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	A	A
8. Uso del condón durante relaciones sexuales anales entre HSH	• Sondeo especial entre HSH	A	B
9. Prácticas seguras entre UDIs	• Sondeo especial entre UDIs	A	B
10. Uso del condón entre trabajadores sexuales	• Sondeos especiales entre trabajadores sexuales	B	B
11. Conducta de los jóvenes frente a las pruebas del VIH	• Encuesta general de población representativa a nivel nacional	B	A

A = Adicional.

B = Básica.

La mayoría de los indicadores son para el grupo de edad entre 15-24 años. En muchos casos, sin embargo, es posible obtener una perspectiva clara de las tendencias si se observan los indicadores para los grupos de edad de 15-19 y 20-24 años de forma separada. Esto solo puede hacerse si los tamaños de las muestras son suficientemente grandes para permitir la medición precisa entre estos grupos de edad.

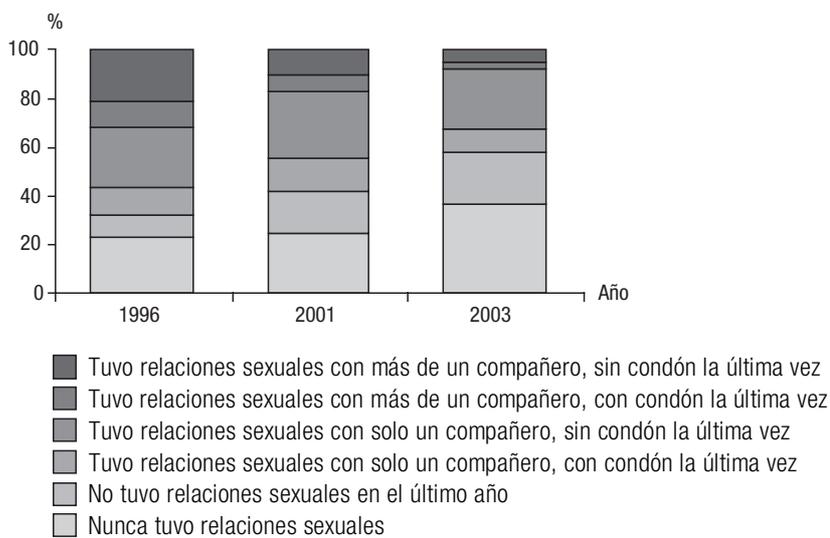
Con el fin de poner en perspectiva los indicadores propuestos, es importante saber la proporción de jóvenes que participan en actividades de alto riesgo. Por ejemplo, es útil conocer las proporciones de hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, de gente joven involucrada en el comercio sexual, de gente joven que tiene múltiples compañeros, y de gente joven que usa drogas inyectables. Estos indicadores de antecedentes permiten a los directores de programas establecer prioridades adecuadas según la importancia de generar cambios en los indicadores descritos en este capítulo.

1. Relaciones sexuales antes de los 15 años	
<i>Prioridad: Básica.</i>	
Definición	Porcentaje de gente joven que ha tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15-24 años.
Numerador	El número de encuestados que informa que su iniciación sexual fue antes de cumplir los 15 años.
Denominador	El número de encuestados entre 15-24 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador brinda información sobre la prevalencia de iniciación sexual temprana entre las personas jóvenes.</p> <p>Se considera que las relaciones sexuales a edad juvenil son más riesgosas que las relaciones sexuales en etapas posteriores. El tracto genital femenino es más susceptible de contagio del VIH antes de su maduración completa. En general, la gente joven tiene relaciones de corta duración y quizás menos formales que la gente mayor. Además, es menos probable que vivan con sus compañeros sexuales y, con frecuencia, esto puede resultar en que uno de los dos tenga otros compañeros simultáneamente, lo que aumenta el riesgo de contagio. Las personas que empiezan su vida sexual en edad joven pueden pasar un período más largo de tiempo manteniendo este tipo de relaciones sexuales menos estables, que quienes retrasan su primera relación sexual. Por otra parte, ellos pueden tener más probabilidad que la gente mayor de ser intimidados o explotados en sus relaciones sexuales.</p>
Cómo se mide	<p>Este indicador se deriva de las respuestas a la pregunta relativa a qué edad tenían los encuestados cuando tuvieron relaciones sexuales con penetración por primera vez, ya fuera vaginales o anales. En general, esta pregunta se hace después de preguntar si los encuestados han tenido relaciones sexuales alguna vez.</p> <p>El indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres, y debe ser separado por grupos de edad entre 15-19 y 20-24 años. Es difícil monitorear el cambio en este indicador durante un período corto, porque sólo los individuos que se incluyen en el grupo - es decir, los menores de 15 años al inicio del período para el que se van a evaluar las tendencias -, pueden tener influencia en el numerador. Si el indicador es evaluado cada dos o tres años, puede ser mejor concentrarse en los cambios que se dan en los niveles del grupo de edad entre 15-17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de observar el grupo de edad entre 15 y 19 años.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La ventaja de usar la edad indicada de iniciación sexual es que se aprovechan los datos que ya están recolectados. Previamente, la iniciación sexual se medía calculando la edad promedio en el momento de tener la primera relación sexual. Se propusieron tres métodos diferentes para calcular este valor, cada uno de los cuales tenía limitaciones exclusivas y producía diferentes resultados. La estimación anterior es simple y permite comparar fácilmente los períodos.</p> <p>El denominador se define fácilmente porque todos los miembros de la muestra para el sondeo contribuyen a esta medida. Para la mayoría de la gente, la primera relación sexual es un evento significativo que probablemente recuerdan con poca dificultad. Sin embargo, es posible que las personas no estén seguras de la edad exacta que tenían en ese momento.</p> <p>Las respuestas de los jóvenes de ambos sexos pueden verse influenciadas por los criterios sobre la sexualidad de la gente joven en la sociedad en la que viven. No obstante, un análisis sobre la edad referida para la primera relación sexual ha demostrado que ni la incidencia, ni el grado, ni la orientación o y la amplitud de la información ofrecida, ni el sesgo de memoria son predecibles.</p>

2. Uso del condón entre jóvenes que tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior <i>Prioridad: Básica.</i> <i>(Este es un indicador elaborado por UNGASS, y los Millenium Development Goals)</i>	
Definición	El porcentaje de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior y que usaron condón en la última ocasión que tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.
Numerador	El número de encuestados entre 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales con un compañero con quien no conviven ni están casados, durante los 12 últimos meses y usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con ese compañero.
Denominador	El número de encuestados entre 15–24 años que tuvieron relaciones sexuales con un compañero con quien no conviven, durante los últimos 12 meses.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este es un indicador que muestra el grado de utilización de condones por parte de los jóvenes que tienen relaciones sexuales casuales.</p> <p>Al interpretar las tendencias de este indicador debe observarse que los cambios podrían reflejar variaciones en la cantidad de personas que tienen relaciones sexuales de mayor riesgo y no necesariamente variaciones en el uso del condón durante las relaciones sexuales de mayor riesgo. Entonces el indicador debe analizarse cuidadosamente. Esto quiere decir, considerando los cambios en la proporción de gente joven que tiene relaciones sexuales de mayor riesgo, es decir, con un compañero con quien no conviven, con el fin de comprender las implicaciones programáticas.</p>
Cómo se mide	<p>Primero se pregunta a los encuestados si alguna vez han tenido relaciones sexuales. Entre los que las han tenido, se hacen preguntas sobre sus últimos tres compañeros. Se requiere información sobre el tipo de compañero (o sea, cónyuge, compañero con quien vive, novio/novia, conocido o trabajador sexual) para determinar si tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo durante los últimos 12 meses (relaciones sexuales con cualquier persona que no sea el cónyuge o compañero con quien vive) y entonces son incluidos en el denominador. También se pregunta a los encuestados si usaron condón con sus últimos tres compañeros durante los últimos 12 meses. Si tuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo y usaron condón con el último compañero de mayor riesgo, se incluyen en el numerador.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres en los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años. Cuando se presentan informes sobre el avance de los objetivos de UNGASS los resultados para residentes de áreas urbanas y rurales deben presentarse por separado para el grupo de edad entre 15–24 años.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador se mide entre personas que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con un compañero con quien no conviven ni están casados. Este grupo proporciona el denominador más relevante del indicador porque el uso del condón es de extrema importancia en el grupo.</p> <p>En la población general hay medidas que reducen el riesgo de que personas no infectadas contagien del VIH. Si las personas pueden retrasar su iniciación sexual, abstenerse de tener relaciones sexuales y reducir el número de compañeros que tienen, la propagación del VIH puede reducirse. Sin embargo en el grupo identificado como propenso a tener relaciones sexuales de mayor riesgo, el uso del condón es la medida preventiva más apropiada.</p> <p>El uso del condón en la última ocasión que se mantuvieron relaciones sexuales de mayor riesgo es una buena medida porque es una ocasión concreta y las relaciones sexuales recientes suelen recordarse con más precisión. Por lo tanto, los datos deberían estar sujetos a un menor sesgo de la información ofrecida y de la memoria, que otros tipos de datos sobre uso de condones. Sin embargo, el uso de condones durante la última relación sexual no proporciona una medida de la constancia del uso del condón. Hasta cierto punto, un uso más constante del condón en la población general se refleja</p>

	<p>como un incremento de su uso durante la última relación sexual. Aún así, esto puede verse afectado por el tipo de compañero y el ritmo al que se adquieren nuevos compañeros; en particular, el uso de condones es más frecuente con nuevos compañeros que en relaciones más estables. Si se adquieren nuevos compañeros con una mayor frecuencia, y los condones se usan en la primera ocasión con cada nuevo compañero pero no en los encuentros subsiguientes, la prevalencia encontrada en estudios de sección transversal sobre el uso referido de condones durante la última relación sexual podría aumentar, mientras que la constancia en su uso permanecería igual. De este modo, aunque un incremento en la prevalencia del uso de condones en la última relación sexual constituyen un signo positivo, esto no significa que las personas que indican que usan condones no se hayan expuesto al riesgo de contagiarse del VIH en cualquier momento dado durante los 12 meses anteriores.</p>
--	--

Indicador combinado: una nota explicativa		
<p>El siguiente indicador es compuesto. Representa una desviación de la forma inicial de abordar el tema de las conductas discretas. Las conductas sexuales son interdependientes y por eso es difícil interpretar cualquier aspecto individual de forma aislada. Las ventajas de este nuevo forma de abordar el tema en cuestión son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lugar de concentrarse en un aspecto específico, resume una variedad de conductas interrelacionadas. • La información presentada de esta manera revela la fracción de la población total que pueden incluirse en diferentes categorías de riesgo. 		
3. Conducta sexual segura entre los jóvenes		
<i>Prioridad: Básica.</i>		
Definición	Una combinación de conductas sexuales seguras entre los jóvenes.	
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.	
Numerador	Parte 1	Número de encuestados que nunca han tenido relaciones sexuales.
	Parte 2	Número de encuestados que han tenido relaciones sexuales pero no en los 12 meses anteriores
	Parte 3	Número de encuestados que tuvieron relaciones sexuales solo con una pareja en los 12 meses anteriores y que usaron condón la última vez
	Parte 4	Número de encuestados que tuvieron relaciones sexuales solo con una pareja en los 12 meses anteriores y que no usaron condón la última vez
	Parte 5	Número de encuestados que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los 12 meses anteriores y que usaron condón la última vez
	Parte 6	Número de encuestados que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los 12 meses anteriores y que no usaron condón la última vez
Denominador	Número de encuestados entre 15–24 años. NOTA: Este denominador debe usarse para cada parte del numerador.	
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.	
Qué mide	<p>Este indicador describe las proporciones de personas que no han tenido compañero, que han tenido una solo pareja y que han tenido parejas múltiples en los 12 meses anteriores, y la prevalencia del uso de condones en la última relación sexual entre aquellos que han tenido un solo compañero o más de uno.</p> <p>Estos aspectos de la conducta se analizan de forma conjunta porque cada componente afecta al otro y cada uno de ellos representa una conducta progresivamente más riesgosa. Por esto se exhorta a los directores de programas a considerar todos los aspectos de la conducta sexual con el fin de entender qué proporción de la población es vulnerable al VIH. Además, puede esperarse que los cambios de este indicador combinado con el tiempo sean mucho más informativos que los cambios en un indicador único.</p> <p>En el ejemplo que se ilustra más abajo se produjeron cambios con el paso del tiempo que resultaron en que una fracción más pequeña de la población se incluyera en la categoría de mayor riesgo. Hubo un aumento inicial de relaciones sexuales con una solo pareja entre 1996 y 2000. Entre 2000 y 2003 se observó un aumento en el número de encuestados que indicaron abstinencia o ausencia de relaciones sexuales durante el año anterior.</p>	

<p>Cómo se mide</p>	<p>Primero se pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales alguna vez. A los que sí las han tenido, se hacen preguntas acerca de sus últimas tres parejas. Se solicita información sobre el tipo de pareja (por ejemplo, cónyuge, pareja con quien convive, novio/novia, conocido o trabajador sexual) y sobre el uso de condón durante la última relación sexual, para cada una de las tres parejas en los 12 años anteriores. (La información sobre el tipo de compañero se usa para calcular el indicador previo).</p> <p>Este indicador debe presentarse como un código de barras apiladas, separadamente para hombres y mujeres en los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p>  <table border="1"> <caption>Datos estimados del gráfico de barras apiladas (porcentaje)</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Nunca tuvo relaciones sexuales</th> <th>No tuvo relaciones sexuales en el último año</th> <th>Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, con condón la última vez</th> <th>Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, sin condón la última vez</th> <th>Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, con condón la última vez</th> <th>Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, sin condón la última vez</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1996</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>35</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Nunca tuvo relaciones sexuales	No tuvo relaciones sexuales en el último año	Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, con condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, sin condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, con condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, sin condón la última vez	1996	20	10	10	10	15	25	2001	20	10	10	10	15	25	2003	35	10	10	10	10	10
Año	Nunca tuvo relaciones sexuales	No tuvo relaciones sexuales en el último año	Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, con condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con solo un compañero, sin condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, con condón la última vez	Tuvo relaciones sexuales con más de un compañero, sin condón la última vez																							
1996	20	10	10	10	15	25																							
2001	20	10	10	10	15	25																							
2003	35	10	10	10	10	10																							
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Retrasar la iniciación sexual, reducir el número de compañeros y protegerse contra el VIH mediante el uso de condones son formas de prevenir el contagio del VIH que constituyen el mensaje principal de muchos programas contra el SIDA. Este indicador describe el grado en que se entiende y se pone en práctica este mensaje. (En algunos contextos, también se conoce a estas conductas como “AFC” o “abstinencia, fidelidad y uso de condones”).</p> <p>El indicador destaca el tamaño del grupo de personas que tienen relaciones sexuales con más de un compañero y no usan condones en forma constante. También ilustra la prevalencia de la monogamia unilateral y del uso de condones en las relaciones sexuales. Esto es importante porque la clasificación para este indicador se basa únicamente en la conducta de los encuestados del sondeo. Es posible que un compañero del encuestado no se parezca al encuestado en este aspecto, es decir, el único compañero del encuestado de un sondeo puede tener también otros compañeros. El uso del condón entre personas que indican tener un solo compañero es por lo tanto importante porque el compañero puede presentar un riesgo.</p> <p>Tener más de una pareja en un año puede ser algo común y tal vez no indique la existencia de compañeros múltiples o simultáneos sino solamente que el final de una relación y el inicio de otras ocurrió con intervalos de 12 meses. Este indicador incluye en la misma categoría a las personas que regularmente tiene varias parejas sexuales simultáneamente y a las que han terminado una relación y empezado otra en el mismo año.</p> <p>La limitación para cuantificar el uso de condones analizada en el indicador previo también se aplica a éste.</p>																												

4. Relaciones sexuales forzadas entre los jóvenes <i>Prioridad: Básica.</i>	
Definición	La proporción de jóvenes que fueron forzados a tener relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.
Numerador	El número de encuestados entre 15–24 años que refieren haber sido forzados a tener relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores.
Denominador	El número de encuestados entre 15–24 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Las relaciones sexuales deben ocurrir únicamente entre compañeros completamente dispuestos a mantenerlas. Forzar a una persona a tener relaciones sexuales puede tener varias consecuencias negativas, desde traumas físicos y psicológicos, pasando por embarazos no deseados hasta el contagio del VIH. Este indicador trata de medir la proporción de encuestados que han experimentado relaciones sexuales forzadas. Estos datos son importantes pues permiten que los directores de programas sepan quién se está viendo forzado a tener relaciones sexuales, de modo que las intervenciones de los programas puedan ser dirigidas y supervisadas apropiadamente.
Cómo se mide	<p>La realidad de la violencia sexual es difícil de captar en una encuesta realizada en los hogares. Sin embargo, si los entrevistadores están bien capacitados, las preguntas están bien redactadas y las entrevistas se realizan en un contexto privado, la información sobre violencia sexual puede proporcionar información valiosa para comprender la propagación del VIH en un país. Existe un análisis útil de la Organización Mundial de la Salud que se puede consultar para los temas relativos a la medición de la violencia (41).</p> <p>El indicador puede recolectarse preguntando a los encuestados “¿Durante los últimos 12 meses lo forzó algún compañero sexual a tener relaciones sexuales contra su propia voluntad?” La pregunta debe hacerse a todas las personas entre 15-24 años con el fin de garantizar que los encuestados no hayan respondido equivocadamente que nunca habían tenido relaciones sexuales porque no incluían las relaciones sexuales forzadas en sus respuestas.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres en los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador puede estar especialmente sujeto al sesgo de información ofrecida, y probablemente el grado en que las personas están dispuestas a admitir haber sido forzadas a tener relaciones sexuales variará enormemente, tanto entre los países como en cada uno de ellos.</p> <p>Es probable que lo que se consideran “relaciones sexuales forzadas” varíe en diferentes contextos. Debido a que sólo ha habido una experiencia limitada relativa a la inclusión de este tipo de preguntas en encuestas realizadas en hogares, la realización de pruebas piloto en los países es de vital importancia. Por ejemplo, un sondeo en Sudáfrica reveló que una alta proporción de muchachos informaron que habían sido forzados a tener relaciones sexuales. Sin embargo, un análisis de los hallazgos sugirió que los encuestados pudieron haber interpretado la presión de sus amigos varones a tener relaciones sexuales, como si fueran relaciones sexuales forzadas. (A. Pettifor, comunicación personal).</p> <p>Puede ser conveniente agregar una pregunta sobre la proporción de encuestados que alguna vez han sido forzados a tener relaciones sexuales y tabular los resultados. Esto podría proporcionar información adicional sobre las relaciones sexuales forzadas de los encuestados cuando eran niños más pequeños.</p> <p>La información adicional sobre la forma de definir y realizar las investigaciones relativas a las relaciones sexuales forzadas en países en desarrollo puede encontrarse en: http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf</p>

5. Diferencia de edades en las relaciones sexuales de las mujeres jóvenes	
<i>Prioridad: Básica en epidemias generalizadas.</i>	
Definición	La proporción de mujeres jóvenes que han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores con un compañero que es al menos 10 años mayor que ellas.
Población a la que va dirigido	Mujeres sexualmente activas entre 15–24 años.
Numerador	El número de encuestadas entre 15–24 años que han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores con un pareja de al menos 10 años mayor que ellas.
Denominador	Encuestadas entre 15–24 años que han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador mide la proporción de mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres mayores.</p> <p>Las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes y hombres mayores son con frecuencia riesgosas porque las mujeres jóvenes no tienen poder para negociar relaciones sexuales seguras. También es un medio efectivo de propagación del VIH, puesto que, por razones fisiológicas, es más probable que las mujeres más jóvenes se contagien. Cada acto sexual con un hombre contagiado conlleva un mayor riesgo de contagio para una mujer joven, y los hombres mayores tienen más probabilidad de estar contagiados que los jóvenes. Algunas veces los programas para prevenir el SIDA tratan de abordar este asunto mediante campañas de IEC dirigidas a lograr que las relaciones sexuales con mujeres más jóvenes sea socialmente inaceptable entre los hombres mayores y mediante iniciativas para dotar a las jóvenes de un mayor poder de negociación.</p>
Cómo se mide	<p>En una encuesta general de población primero se pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores. A quienes contestan afirmativamente se les pregunta si cualquiera de sus últimos tres parejas durante este período eran al menos 10 años mayores. El numerador incluye a todas las encuestadas que respondan afirmativamente.</p> <p>Este indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados para los grupos de edad entre 15-19, 20-24 y 15-24 años. Si es posible, debería desglosarse según el estado civil actual.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Esta medida tiene dos limitaciones importantes. La primera es que la gente con frecuencia no sabe la edad exacta de sus compañeros sexuales. Es más probable que este sea el caso con compañeros casuales que con cónyuges. La segunda es que el hecho de que la diferencia de edades constituya un elevado riesgo de exposición al VIH no se conoce con exactitud.</p> <p>Cuando no se tenga certeza sobre la edad del compañero, las encuestadas con frecuencia ofrecen datos que se agrupan alrededor de números como 20 o 30. Esto puede distorsionar el indicador. Sin embargo, debe observarse que es poco probable que los sesgos que se introducen mediante el agrupamiento por edades o por declaraciones inexactas sobre la edad cambien mucho con el tiempo, de modo que esto podría tener pocas consecuencias cuando se analizan las tendencias.</p> <p>Esta medida no puede proporcionar una perspectiva exacta sobre los patrones en cuanto a las diferencias de edad y no permite captar pequeños cambios en la diferencia de edades entre compañeros. Sin embargo, debe ofrecer información sobre los cambios importantes en la diferencia de edades que fomentan los programas sobre la prevención del VIH y el desarrollo de habilidades para la vida, puesto que es poco probable que las mujeres confundan a un hombre de su misma edad con uno mucho mayor que ellas. Si las mujeres comienzan a elegir cada vez con más frecuencia tener relaciones sexuales con gente de su misma edad en lugar de hacerlo con hombres mayores, o los hombres mayores buscan con menor asiduidad compañeras considerablemente menores, estos cambios se reflejarán en el indicador, independientemente de los errores en información ofrecida con respecto a la edad.</p>

6. Relaciones sexuales con trabajadores sexuales entre los jóvenes <i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	La proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales con un trabajador sexuales (TS) en los 12 meses anteriores.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15-24 años
Numerador	El número de encuestados entre 15-24 años que han tenido relaciones sexuales con un TS en los 12 meses anteriores.
Denominador	Encuestados entre 15-24 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>En lugares donde los TS constituyen una fuente importante de nuevos contagios del VIH es una prioridad reducir el número de gente joven que tiene relaciones sexuales con ellos. Este indicador mide la prevalencia del sexo comercial en el año anterior que, si bien no constituye una buena estimación de la prevalencia de esta conducta durante el curso de la vida, es más apropiado para detectar cambios en dicha conducta con el transcurso del tiempo.</p> <p>Los intentos de recolectar y analizar datos basados en una definición más amplia de sexo comercial, con el uso de preguntas como “¿Ha dado o recibido dinero o regalos a cambio de tener relaciones sexuales?”, no han arrojado información útil. En el contexto de la epidemia del VIH/SIDA, los trabajadores sexuales son de interés porque cambian constantemente de parejas sexuales por lo tanto se encuentran en alto riesgo de estar expuestos, contagiarse y transmitir el virus a otros. En muchas culturas, esto se cumple sólo en una parte del total de personas que han “recibido dinero o regalos a cambio de tener relaciones sexuales”. Si no hay un término específico local para prostitución, es poco probable que este indicador sea relevante para el programa y no debe utilizarse.</p> <p>Incluir a toda la población juvenil en el denominador simplifica la descripción y monitoreo del tamaño de un grupo de gente joven que puede ser especialmente vulnerable al contagio del VIH. Si el denominador fuera el número de jóvenes sexualmente activos, un cambio en el número de personas sexualmente activas podría afectar la proporción que visita a los TS. Esto complicaría el análisis del indicador.</p>
Cómo se mide	<p>Primero se pregunta a los encuestados si alguna vez han tenido relaciones sexuales. A quienes responden afirmativamente se les pregunta sobre sus tres últimos compañeros en los 12 meses anteriores. Para estos tres últimos casos, se les solicita información sobre el tipo de relación (por ejemplo, cónyuge, compañero con el que convive, novio/novia, conocido o trabajador sexual)</p> <p>El indicador debe darse como los porcentajes de todos los hombres que dicen presentar esta conducta en los grupos de edad entre 15–19, 20–24 and 15–24 años. Si es apropiado, también debe presentarse para las mujeres.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador asume que el uso del condón no es constante entre los TS. La desigualdad de poder entre los TS y sus pacientes sugiere que esto ocurre con frecuencia. El indicador también asume que cualquier relación sexual con trabajadores sexuales es riesgosa. Sin embargo, en países donde la promoción del uso de condón ha tenido éxito entre los TS, puede ser más apropiado utilizar un indicador alternativo sobre el uso del condón en la ocasión del último encuentro con un TS.</p> <p>En epidemias concentradas y de bajo nivel, el sexo comercial puede jugar un papel importante en la propagación del contagio del VIH. Sin embargo, es muy difícil definir el sexo comercial de modo que sea comprensible en los diferentes lugares. Esta es la mayor limitación del indicador. No obstante, una vez que se describe el sexo comercial para un país, es poco probable que cambie mucho con el paso del tiempo. Una vez que una pregunta se ha redactado satisfactoriamente, el indicador puede usarse para monitorear las tendencias en la prevalencia de esta conducta a través del tiempo.</p> <p>El uso de este indicador es limitado en epidemias de muy alto nivel, puesto que es posible que las diferencias de riesgo asociadas con las relaciones sexuales con un TS en comparación con cualquier otro compañero casual no sean muy considerables.</p>

7. Relaciones sexuales de jóvenes que están bajo el efecto de sustancias tóxicas	
<i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	La proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales mientras estaban bajo el efecto de sustancias tóxicas durante los 12 meses anteriores.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15-24 años.
Numerador	El número de encuestados entre 15-24 años que han tenido relaciones sexuales después de consumir sustancias tóxicas en los 12 meses anteriores. NOTA: la información sobre sustancias tóxicas debe definirse y comunicarse a nivel de país, por ejemplo, alcohol, marihuana, drogas inyectables. Por consiguiente, pueden utilizarse en este indicador las sustancias más relevantes en cada país.
Denominador	El número de encuestados entre 15-24 años.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	Es más probable tener relaciones sexuales no planificadas mientras uno o ambos compañeros están intoxicados que en otras situaciones y por lo tanto es menos probable que las parejas usen condones. Este indicador describe la prevalencia de relaciones sexuales en tales circunstancias. Con el fin de evitar el cómputo doble cuando ambos compañeros están incluidos en un sondeo, el indicador se limita a preguntar si el encuestado estaba intoxicado (y no si su compañero lo estaba). Al incluir a toda la población juvenil en el denominador en lugar de contar únicamente con los jóvenes sexualmente activos, se evita cualquier complicación debida a un cambio en el número de los individuos sexualmente activos.
Cómo se mide	En una encuesta general de población, primero se pregunta a los encuestados si tuvieron relaciones sexuales en los 12 meses anteriores. A los que contestan afirmativamente se les pregunta si estaban intoxicados, según se define en el país en cuestión, durante las tres últimas ocasiones en que tuvieron relaciones sexuales durante este período. Este indicador debe presentarse como un porcentaje y separarse por sexo y grupos de edad de 15–19, 20–24 y 15–24 años.
Puntos fuertes y débiles	Los encuestados son absolutamente subjetivos cuando se describen a sí mismos como intoxicados. Además, los efectos de la intoxicación dependen de la sustancia que se use. Por eso, este indicador es difícil de interpretar, al igual que ocurre entre culturas en las que se usan diferentes sustancias. El contexto donde se usan drogas debe ser considerado cuidadosamente. El indicador podría incluir tener relaciones sexuales después de beber alcohol en eventos sociales, tener relaciones sexuales después de tomar un calmante, o experimentar una violación estando bajo el efecto de las drogas. Este indicador es más eficaz cuando se usa para hacer comparaciones dentro de una población definida a través del tiempo. La información sobre la proporción de toda la gente joven que ha usado una sustancia de interés para el estudio en el año antes del sondeo, puede ser muy valiosa para ayudar a interpretar el indicador.

8. Uso del condón en relaciones sexuales anales entre hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres	
<i>Prioridad: Básica en epidemias concentradas, adicional en otras.</i>	
Definición	La proporción de hombres jóvenes que refieren haber usado un condón en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales anales con un compañero en los seis meses anteriores.
Población a la que va dirigido	Hombres entre 15–24 años que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).
Numerador	El número de HSH jóvenes que refieren haber usado condón en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales anales con un compañero en los seis meses anteriores.
Denominador	Todos los HSH jóvenes que han tenido relaciones sexuales con un hombre en los seis meses anteriores.
Herramientas de medición	<p>Sondeos especiales entre HSH.</p> <p>Puede esperarse que la proporción de la población general que afirma tener conductas HSH sea muy pequeña, salvo donde esta conducta es ampliamente prevalente. Por consiguiente, como regla, se requeriría una muestra muy grande en una encuesta general de población para proporcionar una estimación fiable de la conducta.</p>
Qué mide	Tanto tener relaciones sexuales anales sin protección, como tener compañeros múltiples ponen a los HSH en un mayor riesgo de ser contagiados con el VIH. Sin embargo, es importante monitorear la proporción de HSH que tienen relaciones sexuales anales con protección y los que evitan tener compañeros múltiples en el grupo de edad entre 15-24 años. Debido a que es menos probable que los hombres jóvenes tengan un compañero estable, las relaciones sexuales anales con protección constituyen el indicador fundamental que se debe monitorear.
Cómo se mide	<p>En un sondeo sobre comportamiento de una muestra de HSH se pregunta a los encuestados sobre sus relaciones sexuales con otros hombres en los seis meses anteriores. Se les pregunta sobre la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales o sexo oral y si ellos o sus compañeros usaron condón.</p> <p>Este indicador debe presentarse en forma de un porcentaje y desglosarse para los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>El tiempo de referencia es seis meses porque la mayoría de los sondeos de HSH usan una estrategia de muestreo en la que se entrevista a los encuestados en zonas donde los hombres se congregan con el fin de conocer compañeros sexuales. Así, estos hombres están en un el extremo superior del espectro de conductas de riesgo y también es probable que cambien con frecuencia de compañeros.</p> <p>Una limitación de los sondeos entre los grupos de alto riesgo es que normalmente no se puede encontrar una muestra de probabilidad representativa. Esto significa que es difícil estimar el grado en que un indicador basado en los datos describe a todos los miembros de dicho grupo. Aún más, es difícil hacer un duplicado de este tipo de sondeo con el fin de analizar las tendencias.</p> <p>Este indicador no proporciona ninguna idea sobre la conducta de riesgo en las relaciones sexuales que mantienen con mujeres los hombres que tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. En países donde es probable que los hombres de la subpoblación sondeada tengan compañeros de ambos sexos es necesario considerar la prevalencia de relaciones sexuales entre hombres y mujeres, así como la frecuencia de uso de condones con los compañeros de cada sexo. Los datos que se ofrecen puede estar sesgados como resultado del estigma asociado con la conducta homosexual en muchas comunidades, y esto da como resultando que se minimicen los datos sobre la frecuencia del uso de condones, o no se admita su condición.</p>

9. Prácticas seguras entre los usuarios jóvenes de drogas inyectables	
<i>Prioridad: Básica en epidemias concentradas, adicional en otras. (Este es un indicador elaborado por UNGASS).</i>	
Definición	Los porcentajes de usuarios jóvenes de drogas inyectables (UDIs) que refieren nunca haber compartido jeringuillas ni agujas durante el mes anterior y que también indican que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales.
Población a la que va dirigido	UDIs sexualmente activos entre 15–24 años.
Numerador	El número de encuestados que refieren no haber compartido jeringuilla ni aguja durante el mes anterior y también refieren que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales durante este mes.
Denominador	El número de encuestados que refieren inyectarse drogas y haber tenido relaciones sexuales durante el mes anterior.
Herramientas de medición	Sondeo especial entre UDIs.
Qué mide	<p>El uso de drogas inyectables por sí solo no expone a un usuario de drogas al contagio del VIH. El riesgo adicional para los usuarios de drogas surge de la práctica de compartir agujas. Las inyecciones intravenosas con agujas que alguien más ha usado puede ser un modo eficiente de transmisión del VIH.</p> <p>El grado en que los UDIs comparten agujas es variable. La prevalencia de UDIs por sí sola, por lo tanto, no describe con precisión el tamaño del grupo que corre el riesgo de contagiarse el VIH. Este indicador muestra qué proporción de UDIs ha adoptado conductas que buscan evitar el contagio del VIH. Los componentes separados pueden usarse para monitorear las tendencias en el uso riesgoso de agujas y las relaciones sexuales de riesgo entre los UDIs. Los resultados para las diferentes categorías indicadas más abajo deben considerarse cuidadosamente porque los cambios en el indicador podrían reflejar cambios conductuales reales, cambios en la información obtenida o cambios en la composición general del grupo.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres y para los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años. Los resultados deben compararse con los que corresponden a otros grupos de edad de alto riesgo.</p>
Cómo se mide	En un sondeo conductual entre UDIs se pregunta a los encuestados si compartieron una aguja en algún momento durante el mes anterior. Luego se les pregunta si tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior, y, si es así, si usaron condón. Es esencial asegurarse de utilizar la terminología local apropiada con el fin de recolectar la información correcta.
Puntos fuertes y débiles	<p>El límite de tiempo de un mes se usa porque minimiza el sesgo de memoria, que puede ser un problema particular para los UDIs. Este límite de tiempo también significa que el indicador arroja cierta perspectiva sobre la consistencia de las conductas.</p> <p>Una limitación de los sondeos entre grupos de alto riesgo es que normalmente no es posible encontrar una muestra probabilística representativa. Esto significa que es difícil estimar el grado en que un indicador basado en los datos describe a todos los miembros de tal grupo. Aún más, es difícil hacer un duplicado de este tipo de sondeo con el fin de analizar las tendencias.</p>

10. Uso del condón entre trabajadores sexuales	
<i>Prioridad: Básica</i>	
Definición	El porcentaje de jóvenes trabajadores sexuales (TS) que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con un cliente.
Población a la que va dirigido	Trabajadores sexuales entre 15–24 años.
Numerador	El número de TS entre 15–24 años que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con un cliente.
Denominador	TS entre 15–24 años que fueron entrevistados.
Herramientas de medición	Sondeo especial entre TS.
Qué mide	<p>Este indicador es una medida del éxito de las campañas para promover el uso del condón en el sexo comercial.</p> <p>Una de los objetivos de los programas que trabajan con TS es aumentar el número de estos trabajadores que siempre usan un condón y entonces están protegidos contra el VIH. El indicador se refiere a hombres y mujeres que realmente son trabajadores sexuales (aunque en muchos países este indicador podría ser relevante sólo para mujeres jóvenes). Los datos pueden compararse con los datos sobre el comercio sexual que ofrecen los clientes.</p>
Cómo se mide	<p>En un sondeo especial de TS se pregunta a los encuestados si usaron condón con su cliente más reciente.</p> <p>Este indicador debe desglosarse por sexo y por grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>En zonas donde el patrocinio del sexo comercial es altamente estigmatizado, puede ser que los clientes duden en informar sobre sus visitas a los TS. Además, los clientes podrían afirmar intencionalmente que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales aunque no lo hayan hecho, especialmente en zonas donde los programas han puesto énfasis en el uso del condón en el sexo comercial y de otros tipos. El indicador busca respuestas de los TS que tal vez no tengan la misma motivación a dar respuestas socialmente aceptables y que ofrecen una perspectiva diferente.</p> <p>Una limitación de los sondeos entre grupos de alto riesgo es que, en general, no es posible encontrar una muestra probabilística representativa. Esto significa que es difícil estimar el grado en que un indicador basado en los datos describe a todos los miembros de dicho grupo. Aún más, es difícil hacer un duplicado de un sondeo de esta clase en una fecha posterior con el fin de examinar las tendencias.</p>

11. Conducta de los jóvenes frente a las pruebas del VIH	
<i>Prioridad: Básica en epidemias generalizadas, adicional en otras.</i>	
Definición	La proporción de jóvenes sexualmente activos que se sometieron a una prueba del VIH en los 12 meses anteriores y conocen los resultados.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15–24 años.
Numerador	El número de encuestados entre 15–24 años que se hizo una prueba del VIH en los 12 meses anteriores y que conocen los resultados.
Denominador	Encuestados entre 15–24 años que han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores.
Herramientas de medición	Una encuesta general de población representativa a nivel nacional.
Qué mide	<p>Este indicador procura dar una idea del alcance de los servicios de pruebas del VIH en la población general y del porcentaje de gente joven sexualmente activa que son conscientes de su condición en cuanto al VIH. Este tema tiene un significado especial para los jóvenes porque ellos pueden sentir que hay obstáculos que les impiden acceder a muchos servicios y centros de salud, y en particular cuando están preocupados por la salud vinculada a la sexualidad.</p> <p>El indicador puede proporcionar una medida sobre la efectividad de las intervenciones que promueven los servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas (SVCP). Si las intervenciones están dirigidas a un subgrupo particular, puede ser apropiado restringir el indicador a este subgrupo.</p>
Cómo se mide	<p>En una encuesta general de población, primero se pregunta a los encuestados si alguna vez se han examinado para ver si tienen el VIH. A quienes responden afirmativamente se les pregunta si ellos fueron sometidos a pruebas en los 12 meses anteriores y, si es así, si conocen los resultados de la prueba.</p> <p>Este indicador debe presentarse separadamente para hombres y mujeres y para los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p> <p>El indicador puede verse afectado por sesgos en la información ofrecida porque tal vez los encuestados no deseen admitir que conocen su condición por temor a ser presionados para revelarlo. La privacidad de la entrevista puede ser de vital importancia, es decir, es más probable que los encuestados estén reacios a ofrecer información si se encuentra en presencia de otras personas que si se lo/a entrevista en la más estricta intimidad.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador tiene varios componentes: los jóvenes que se someten a una prueba y regresan para recoger los resultados porque consideran que ellos mismos o sus compañeros están en riesgo de haber contraído el VIH, deben saber dónde hacerse una prueba y sentirse capaces de hacérsela y, posteriormente quieren saber los resultados y tener la posibilidad de regresar el centro de pruebas para obtenerlos.</p> <p>Entre los factores que podrían afectar el acceso de una persona joven a los centros de pruebas son su ubicación, la disponibilidad de transporte, el costo, la percepción de la persona interesada respecto de la confidencialidad del proceso y, especialmente, el resultado y la actitud percibida del personal hacia la gente joven. Los cambios en este indicador pueden asociarse con algunos de estos factores, o con todos ellos.</p> <p>El uso exclusivo de este indicador no puede mostrar si el número de personas que se someten a pruebas del VIH es limitado debido a la disponibilidad de recursos para realizarlas, o si los centros para pruebas no son suficientemente utilizados (y la razón por la que se da esta situación). Esto es importante para dirigir la respuesta programática: en algunos casos, puede existir la necesidad de realizar campañas dirigidas a crear conciencia sobre la disponibilidad de pruebas del VIH. Sin embargo, si las pruebas son limitadas debido a que las pruebas no están disponibles, o a la deficiente calidad de los programas de pruebas, dichas campañas serían inapropiadas. Los servicios que acompañan las</p>

	<p>pruebas son importantes para lograr que las intervenciones sean exitosas, así como también el cambio conductual. Posteriores investigaciones sobre la disposición a someterse a las pruebas deben incluir una consideración de los servicios que se ofrecen en relación al presente indicador.</p> <p>Es posible que en zonas donde el VIH es altamente estigmatizado, los encuestados no estén dispuestos a admitir haberse hecho una prueba del VIH, lo cual podría verse como la aceptación del temor a estar contagiados. Esto ocurre particularmente cuando la pregunta se incluye en un cuestionario sobre conductas de riesgo. Por otra parte, en países donde se ha insistido que hacerse una prueba es una medida responsable, algunas personas pueden afirmar que se han sometido a las pruebas cuando en realidad no lo han hecho. A pesar de estos posibles sesgos, el indicador proporciona una idea aproximada sobre la proporción de jóvenes que probablemente conocen su condición con respecto al VIH.</p> <p>En epidemias concentradas y de bajo nivel el indicador podría reflejar porcentajes considerablemente bajos cuando se mide en la población general. Si éste es el caso, puede ser utilizado eficazmente en sondeos conductuales en sub-poblaciones que presentan un mayor riesgo de contagio. Sin embargo, los UDIs que todavía no son sexualmente activos no se reflejan en este indicador.</p> <p>El indicador se limita a pruebas realizadas en los últimos 12 meses de modo que los directores de programas puedan apreciar los cambios a través del tiempo. También podría ser de utilidad tabular la proporción de personas que se sometieron a las prueba alguna vez, y esto que posiblemente constituya un indicador útil en poblaciones donde hay una baja prevalencia de contagio del VIH.</p>
--	---

CAPÍTULO 6

INDICADORES DE IMPACTO**Resumen**

La mejor medida del impacto a largo plazo de todas las actividades de prevención del VIH es la tasa de incidencia del VIH, es decir, el número de nuevos casos de contagio del VIH por año dividido entre el número de individuos cuyas pruebas resultaron negativas en la población al principio del año. No obstante, la información sobre la incidencia del VIH es escasa y normalmente se relaciona con grupos pequeños más que con muestras representativas a nivel nacional. Es más fácil medir la prevalencia del contagio del VIH, es decir, la proporción de la población total que está contagiada con el VIH.

La meta de los programas de prevención del VIH es reducir el contagio del VIH. Puesto que la población menor de 25 años ha tenido un tiempo relativamente corto para contagiarse, la mayoría de los contagios en este grupo de edad se han adquirido recientemente. La prevalencia en este grupo puede por consiguiente constituir una buena medida del ritmo de avance de la epidemia y también puede mostrar dónde están marcando una diferencia los programas de prevención. El número de nuevos contagios del VIH que se producen entre la población juvenil podría reflejar cambios conductuales entre todos los grupos de edad debido a que los jóvenes pueden ser contagiados por compañeros mayores. Es importante poder construir una medición adecuada tanto de la proporción de jóvenes contagiados con el VIH, como de las tendencias en la prevalencia del contagio del VIH en el transcurso del tiempo. Los cambios en la prevalencia del VIH en un grupo en particular pueden ocurrir por muchas razones. Es casi tan importante poder explicar los cambios en la prevalencia, como poder detectar los cambios conforme ocurren.

En esta sección se definen los indicadores que describen los niveles de contagio del HIV entre la población juvenil.

Indicador	Herramientas de medición	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Concentrada/ de bajo nivel
1. Prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia centinela 	B	A
2. Prevalencia del VIH entre gente joven en sondeos basados en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta general de población representativa a nivel nacional 	B*	A
3. Prevalencia del VIH en sub-poblaciones de gente joven con conductas de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Directrices de vigilancia de segunda generación emitidos por ONUSIDA/OMS (5) Directrices del FHI sobre muestreo en sub-poblaciones (6) 	A B**	B
4. Gente joven con una infección de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> Sondeos entre grupos basados en clínicas (asistentes a clínicas prenatales, pacientes de ginecología, donantes de sangre, etc.) Sondeos basados en la comunidad 	A	A

A = Adicional.

B = Básica.

B* = Básica en países con niveles relativamente altos de prevalencia (por ejemplo, por superiores a 3%).

B** = Básica para trabajadores sexuales, adicional para otros grupos de alto riesgo.

<p>1. Prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas <i>Prioridad: Básica en epidemias generalizadas; adicional en otras.</i> <i>(Este es un indicador elaborado por UNGASS).</i></p>	
Definición	La proporción de mujeres jóvenes embarazadas que resultan seropositivas para el VIH durante las vigilancias centinelas realizadas en clínicas prenatales seleccionadas.
Población a la que va dirigido	Mujeres embarazadas entre 15–24 años.
Numerador	El número de mujeres embarazadas que, al ser tratadas en una clínica prenatal (CP) resultan seropositivas en las pruebas del VIH realizadas en las vigilancias centinelas.
Denominador	Todas las mujeres jóvenes embarazadas a quienes se les hacen pruebas del VIH en las vigilancias centinelas, mientras reciben atención en una CP.
Herramientas de medición	Directrices de ONUSIDA/OMS para la realización de sondeos centinela de seropositividad (39).
Qué mide	En la mayoría de los países, las mujeres jóvenes que son atendidas en las CPs constituyen una muestra razonablemente representativa de mujeres jóvenes de la población general. Toda mujer joven embarazada ha tenido relaciones sexuales sin protección en algún momento durante los 12 meses anteriores y por lo tanto corre el riesgo potencial de haber estado expuesta al contagio del VIH. Como media, no se trata de un grupo caracterizado por su conducta de algo riesgo. El sesgo de participación es relativamente bajo en la muestra porque las pruebas de VIH se realizan, ya sea en forma anónima con sangre extraída por rutina a toda mujer embarazada al practicársele otros exámenes de rutina, o como un ofrecimiento de rutina en el marco de un programa de PTMH. La mayoría de los contagios del VIH entre mujeres jóvenes han sido recientes. Las tendencias en cuanto a la prevalencia del VIH en este grupo de la población pueden, por lo tanto, ser el reflejo de tendencias relativas a la incidencia de nuevos contagios.
Herramientas y forma de medición	<p>La prevalencia del VIH se estima a partir de las pruebas practicadas con las muestras de sangre que se extraen de forma rutinaria a las mujeres embarazadas de todas las edades en las vigilancias centinelas aplicadas en CPs. La calidad de los datos depende de la estructura del sistema de vigilancia. Un sistema ideal de vigilancia centinela incluiría clínicas escogidas de forma tal que reflejen las divisiones de un país a nivel rural, urbano, étnico y de otras divisiones socio-geográficas. Sin embargo, en la mayoría de los países las clínicas de CP que participan en las vigilancias centinela no son representativas a nivel nacional, pues las que se encuentran en zonas urbanas son las que más se han evaluado. Los métodos de vigilancia usados deben ser los mismos en todos los sitios.</p> <p>El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por grupos de edad de 15-19 años, 20-24 años y 15-24 años. También debe presentarse número de partos para las primíparas y multíparas con edades entre 15-24 años. Si la muestra es lo suficientemente amplia, los resultados pueden desglosarse según la edad y el número de partos. El número de partos es importante porque la prevalencia entre mujeres que se encuentran en su primer embarazo arroja una mejor estimación de la incidencia.</p> <p>Es importante indicar la prevalencia media de las clínicas contribuyentes, en conjunto con el número de clínicas que aportan datos, el número de mujeres que se hicieron la prueba y cuántas resultaron seropositivas. Los datos deben presentarse para la ciudad capital del país, otras zonas urbanas y zonas rurales.</p>
Puntos fuertes y débiles	En países en los que la epidemia es impulsada por la población heterosexual este indicador proporciona una idea bastante aproximada de tendencias relativamente recientes en cuanto al contagio del VIH en todo el país. Es menos fiable como indicador de las tendencias epidemiológicas globales en zonas donde la mayor parte de los contagios de VIH se mantienen confinados a subgrupos de la población con conductas sexuales especialmente riesgosas. En estas circunstancias, esa es una forma útil de monitoreo hasta qué punto el contagio con el VIH se está extendiendo más allá de estos subgrupos.

Con el fin de interpretar los cambios en la prevalencia de contagios de VIH en las CPs, es importante separar los cambios reales en la proporción de mujeres que resultan contagiadas del virus mediante instrumentos del sistema de vigilancia. La prevalencia del VIH observada entre las mujeres jóvenes que asisten a las CP puede cambiar por diversas razones que no se encuentran directamente relacionadas con la verdadera prevalencia de contagios del virus entre mujeres jóvenes de la población en general. Así, los cambios que influyen en el número de mujeres jóvenes que quedan embarazadas, la proporción de esas mujeres que acuden a la atención prenatal, y la etapa del embarazo durante la cual visitan por primera vez una CP podrían influir en la prevalencia del VIH observada en esas clínicas. Algunos de esos cambios, tales como un aumento en la edad de la primera relación sexual, también pueden influir en la incidencia de nuevos contagios entre las mujeres jóvenes. Por estos motivos, las tendencias relativas a la prevalencia de contagios del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas debe interpretarse con sumo cuidado.

La composición de la muestra es muy importante en el momento de monitorear las tendencias. La representatividad de la muestra de una clínica es tan buena como los datos en los que se basó el muestreo. El hecho de contar con información precisa sobre el tamaño y localización de las clínicas permite tratar con más confianza la información.

La interpretación es más sencilla si se usa la misma muestra de clínicas en varias rondas de vigilancia. En el momento de considerar la posibilidad de cambios en los establecimientos que conforman el sistema de vigilancia de CP, las clínicas de las que existen datos históricos deben mantenerse dentro de la muestra, con el fin de analizar las tendencias.

La prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas puede usarse para estimar la prevalencia del virus entre las mujeres jóvenes a nivel de la población general. Existe un software (43, 44) que permite desarrollar los ajustes necesarios de forma que los datos sean representativos de la población general. Sin embargo, los detalles sobre estas estimaciones no están dentro del ámbito de la presente guía.

2. Prevalencia del VIH entre los jóvenes según encuestas basadas en la población general <i>Prioridad: Básica en epidemias generalizadas con niveles de prevalencia relativamente altos (por ejemplo, más del 3%); adicional en otras.</i>	
Definición	Proporción de jóvenes que resultan seropositivos en las pruebas de VIH en una encuesta de la población general.
Población a la que va dirigido	Personas entre 15-24 años
Numerador	Número de jóvenes que resultan seropositivos en las pruebas de VIH.
Denominador	Número de personas jóvenes que se practican la prueba.
Herramientas de medición	Encuestas representativas a nivel nacional o regional basadas en comunidades, incluyendo un grupo de especímenes biológicos adecuados.
Qué mide	<p>Los sondeos basados en comunidades constituyen el mejor punto de suministro potencial de datos sobre la prevalencia del VIH entre los jóvenes a nivel de la población general. (45) Sin embargo, éstos podrían no arrojar buenas estimaciones para ciertos subgrupos de la juventud, por ejemplo UDIs – cuyo comportamiento los colocaría en categorías de alto riesgo de contagio del VIH– ya que es poco probable que tales estudios encuentren suficientes personas en estas categorías como para conformar una muestra representativa. La eficiencia de tales sondeos depende de la prevalencia del VIH en la población general. En epidemias de bajo nivel o concentradas, los números de personas contagiadas son insuficientes como para obtener resultados válidos. Incluso en epidemias generalizadas –con tasas de prevalencia inferiores al 5%– los encargados de la implementación deben analizar cuidadosamente el valor de realizar encuestas a nivel de la población.</p> <p>Resulta menos sostenible recolectar datos para este indicador de lo que resulta obtener datos sobre los esfuerzos de vigilancia realizados en las CPs. La realización de estas encuestas resulta costosa y compleja y sólo debe considerarse en situaciones en las que pueda garantizarse su calidad. Con el fin de obtener estimaciones sólidas sobre las tendencias de prevalencia, éstas deben repetirse en intervalos regulares a fin de poder establecer comparaciones. Si pueden repetirse sólo en intervalos ocasionales, los hallazgos pueden compararse con los resultados de las vigilancias en CPs.</p>
Cómo se mide	Este indicador debe presentarse en forma de porcentajes de hombres y mujeres y por grupos de edad entre 15-19, 20-24 y 15-24 años. En cada categoría debe aportarse el tamaño no ponderado de las muestras y las tasas de encuestados que no respondieron (indicando por separado si se abstuvieron o si se negaron a responder). También debe aportarse el protocolo de realización de las pruebas de VIH.
Puntos fuertes y débiles	<p>Los hallazgos de una encuesta general de población pueden considerarse por su valor nominal si la encuesta es verdaderamente representativa de la población en la cual se realiza.</p> <p>En las encuestas generales de población se aborda a los participantes, mientras que la mayor parte de los otros métodos de recolección de datos dependen de que los participantes se presenten al lugar donde se realizan las pruebas de VIH. Esto significa que el sesgo de selección y participación debería ser menos significativo en estas encuestas. Sin embargo, si el marco del muestreo no es preciso o la encuesta no se implementa de la manera adecuada, es posible que se presente un cierto sesgo de selección.</p> <p>El sesgo de participación conlleva la posibilidad de un problema mayor. El grado de este sesgo es influenciado por el tema del estudio y el protocolo mediante el cual se están realizando las pruebas. Los factores de interés particular son aquellos que se puedan relacionar con la condición del encuestado potencial con respecto al VIH, por ejemplo si su conducta sexual es de alto riesgo. Si los individuos que se encuentran ausentes del sondeo o aquellos que escogen no participar tienen características muy diferentes a las de los que sí participan, la exactitud de las estimaciones sobre la prevalencia puede verse afectada.</p>

	<p>En países con niveles relativamente bajos de prevalencia del VIH entre la población adulta (entre 1%-3%), es probable que las encuestas basadas en la población general subestimen los niveles de prevalencia. De hecho, las personas con un mayor riesgo de contraer el VIH tienen más probabilidades de pasar inadvertidas en las encuestas basadas en la población general, ya sea porque normalmente se les excluye de la muestra (por ejemplo, oficiales militares o policías que viven en barracones, trabajadores sexuales que trabajan en burdeles) o porque viven fuera de sus casas por razones relacionadas con su conducta de riesgo (trabajadores sexuales, UDIs) o debido a su situación de movilidad (por ejemplo, camioneros, pescadores y otros grupos móviles). Además, en los casos en que la prevalencia es baja (dentro de rango de 0-3%) será difícil observar cambios significativos en la prevalencia con el paso del tiempo, a menos que se utilice una muestra inusualmente numerosa.</p> <p>En caso de que se obtenga información básica de personas que no están participando en la encuesta o en una parte de la misma, el sesgo de participación puede identificarse y ajustarse durante la etapa de análisis. En todos los casos es necesario estudiar e indicar las tasas de respuesta para la encuesta.</p> <p>La falta de continuidad es una limitación potencialmente seria de los datos de sondeos basados en las comunidades. Debido a que su realización es onerosa y requiere mucho tiempo, el alcance y el formato de sondeos sucesivos puede variar. Esto introduce un error no mensurable a la hora de hacer las estimaciones. Para recolectar datos fiables sobre la prevalencia del VIH con el paso del tiempo, se requiere realizar de forma periódica una serie de sondeos comparables que abarquen la misma población.</p>
--	--

3. Prevalencia del VIH en sub-poblaciones de jóvenes con conductas de alto riesgo <i>Prioridad: Básica entre TS en todas las epidemias; Básica entre UDI y HSH en epidemias concentradas; adicional en epidemias generalizadas.</i>	
Definición	La proporción de miembros jóvenes de sub-poblaciones definidas en riesgo de contraer o transmitir el VIH, que son seropositivos.
Población a la que va dirigido	Jóvenes con conductas de alto riesgo entre 15–24 años.
Numerador	El número de jóvenes que participa en conductas de alto riesgo cuyas pruebas de contagio del VIH son positivas.
Denominador	El número de jóvenes que se somete a pruebas del VIH.
Herramientas de medición	Directrices de vigilancia de segunda generación elaborados por ONUSIDA/OMS (5) Directrices elaboradas por FHI sobre muestreo en sub-poblaciones (6)
Qué mide	<p>Este indicador es de más utilidad en países donde el contagio del VIH no se ha propagado a la población general sino que permanece concentrado en ciertos grupos. Sin embargo, es esencial estimar la prevalencia de VIH entre TS en epidemias generalizadas. Esto se debe a que la prevalencia en este grupo se considera probablemente superior a la de la población general, lo que representa un ‘depósito’ de virus en la epidemia generalizada. La prevalencia del contagio del VIH entre los miembros de estos grupos identifica zonas y grupos importantes para la intervención. Las tendencias en la prevalencia pueden indicar si las intervenciones están teniendo un impacto o si algunos otros factores aumentan o reducen la prevalencia.</p> <p>En una epidemia concentrada los grupos de interés incluyen por lo general uno o más de los siguientes: UDIs, HSH, TS y sus clientes más frecuentes.</p>
Cómo se mide	<p>Este indicador debe presentarse como porcentajes de hombres y mujeres y los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años. También pueden aportarse todos los datos disponibles sobre gente joven entre 10–14 años. Debe indicarse el tamaño de las muestras para cada categoría y el protocolo de las pruebas del VIH. Podría resultar conveniente aportar estimaciones por separado, según la duración del comportamiento de alto riesgo.</p> <p>En sondeos realizados entre grupos con conductas de alto riesgo, el muestreo no debe limitarse a la población joven. En su lugar, este indicador debe basarse en datos de un subconjunto de encuestados. Es importante que los sondeos entre estos grupos cubran una muestra suficientemente grande para proporcionar estimaciones fiables para la población joven.</p> <p>Si los tamaños de las muestras son pequeños y, en consecuencia, tales subdivisiones perjudicaran el anonimato, o si no hay Información disponible sobre la condición del VIH, no es necesario proporcionar datos sobre la prevalencia subdividida por edad o duración de la conducta sexual de alto riesgo. En su lugar, debe indicarse la distribución por edades de grupos completos, independientemente de la condición relativa al VIH. Los grupos pueden definirse para grupos de edad de menos de 15 años, entre 15–19 años y 20–24 años. También debe indicarse la duración media de la conducta de alto riesgo para cada grupo de edad, si la información está disponible.</p> <p>Hacer un seguimiento del VIH en sub-poblaciones puede resultar logística y éticamente difícil, especialmente si los grupos son marginados o sus actividades son ilegales. El muestreo y la estimación del tamaño total de la población son dos aspectos clave. Comprender cómo se relaciona la población muestreada con cualquier población más grande que comparte conductas de riesgo similares es esencial para la interpretación del indicador. Para algunos grupos, es necesario aplicar estrategias de muestreo basadas en la población. En otros casos, existen sitios centinela disponibles. Los sitios centinela para estas poblaciones tienden a estar relacionados con el suministro de servicios de salud, por ejemplo, una clínica para varones en una zona con una alta concentración de bares para gays, o un centro de rehabilitación de drogas.</p>

<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Una limitación de los sondeos entre grupos con conductas de alto riesgo es que en general no es posible encontrar una muestra probabilística representativa. En el mejor de los casos, este indicador representa a los miembros del subgrupo con conductas de alto riesgo del cual se obtuvo la muestra y es posible que no represente a todas las personas que presentan la conducta. Esto significa que es difícil estimar el grado en que un indicador basado en estos datos describe la prevalencia entre todos los miembros del grupo. Es necesario obtener información sobre los tamaños de los grupos, con el fin de ubicar estos datos de prevalencia en un contexto nacional o regional.</p> <p>Debido a las dificultades de acceso a sub-poblaciones, es probable que los sesgos en los datos de vigilancia de la subpoblación seropositiva sean mucho más grandes y mucho menos predecibles que los datos de una población más general, como por ejemplo mujeres que asisten a clínicas prenatales. Por ejemplo, en los lugares donde los sitios centinela proveen servicios de salud a la subpoblación en cuestión, el uso de los establecimientos puede estar asociado con problemas relacionados con el contagio del VIH.</p> <p>Es particularmente difícil minimizar los sesgos relacionados con la edad, puesto que la edad de incurrir en conductas de muy alto riesgo podría variar en gran medida. Con respecto a la explicación de patrones observados, en grupos con conductas de alto riesgo la edad cronológica es menos importante que la duración de la conducta de alto riesgo. Con todo, es vital recolectar y presentar los datos por edad porque esta información permite focalizar las intervenciones y políticas.</p> <p>Los cambios en la prevalencia del VIH en estos grupos puede reflejar el éxito o fracaso de los intentos por lograr la prevención pero también pueden reflejar cambios en el reclutamiento y la exposición, que no están relacionados con los esfuerzos de prevención. Este indicador debe analizarse en conjunción con los indicadores conductuales que se refieren a la pertenencia y actividad de grupos con conductas de alto riesgo, porque los cambios en el reclutamiento o la exclusión de grupos podrían ser responsables de los cambios en la prevalencia observada. La prevalencia también se ve afectada por los cambios en el número de contagios nuevos y en la mortalidad.</p> <p>A pesar de estas dificultades, es crucial monitorear el contagio del VIH entre las personas con conductas de alto riesgo cuando se trata de epidemias concentradas. La información no puede ser exacta pero es necesario establecer alguna medida de progreso, o de ausencia de éste, ya que es esencial para mantener el apoyo a los programas de prevención en las sub-poblaciones críticas.</p>
--	---

4. Jóvenes con una infección de transmisión sexual <i>Prioridad: Adicional.</i>	
Definición	La proporción de jóvenes detectada con ITS durante las pruebas de diagnóstico
Población a la que va dirigido	Jóvenes entre 15-24 años.
Numerador	El número de pruebas de diagnóstico realizadas en personas entre 15-24 años que confirman la existencia de una ITS.
Denominador	El número total de personas entre 15–24 años que se sometieron a pruebas de diagnóstico para ITS. NOTA: El tipo, o tipos, de ITS considerados debe depender de lo que es realmente importante a nivel local. Si se considera más de un contagio, los resultados deben ofrecerse por separado.
Herramientas de medición	Encuestas basadas en la población.
Qué mide	En países donde el contagio del VIH todavía no se ha afianzado este indicador ofrece cierta idea de su propagación potencial. Además, la prevalencia de las ITS proporciona una forma de monitorear los niveles de la conducta sexual de riesgo.
Cómo se mide	<p>La prevalencia de ITS debe determinarse a partir de diagnósticos de contagios hechos en laboratorios, porque muchas ITS son asintomáticas (únicamente se detectan por medio de pruebas de laboratorio) y muchas tienen síntomas similares (lo cual dificulta hacer un diagnóstico clínico preciso). Se reconoce que en muchos países la disponibilidad de laboratorios adecuados es limitada y que esto puede limitar las fuentes de datos para este indicador.</p> <p>Los datos para este indicador no deben recolectarse de pacientes que asisten a clínicas para el tratamiento de ITS ni de otras personas a quienes se les esté realizando una prueba porque presentan síntomas de ITS. La razón es que todas estas personas constituyen un grupo altamente seleccionado en el que la prevalencia de contagio no arroja información sobre la prevalencia de contagio entre los jóvenes en la población general.</p> <p>Sin embargo, realizar pruebas de ITS dentro de una encuesta basada en la población es complejo y costoso. Para determinar la infección se debe obtener muestras de secreciones del tracto genital, orina o sangre y se debe transportar las muestras de forma segura a un laboratorio. Estas dificultades representan un obstáculo pero se han superado satisfactoriamente en múltiples encuestas de hogar.</p> <p>Este indicador debe presentarse como porcentajes separados para hombres y mujeres en los grupos de edad entre 15–19, 20–24 y 15–24 años.</p> <p>Las tasas de no respuesta deben considerarse antes de informar resultados de estas encuestas.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La detección de ITS durante una encuesta basada en la población general resulta costosa y complicada, sin embargo, las encuestas reducen los sesgos de participación y selección y cuando se realizan correctamente pueden ofrecer la mejor información sobre la prevalencia de la infección entre la población general. Estos estudios pueden ser aumentados mediante estudios adicionales para la población general de interés, por ejemplo los usuarios de drogas inyectables.</p> <p>Para más información, ver <i>Pautas para la vigilancia de las ITS (WHO/CHS/HIS/99.2 ONUSIDA/99.33E)</i> en la sección evaluación y monitoreo de la prevalencia.</p>

ANEXO

METODOLOGÍA

Este anexo proporciona cierta orientación básica sobre los temas de recolección de datos para el monitoreo y la evaluación. Muchos de los temas aquí analizados se relacionan con la recolección de datos en diferentes poblaciones (es decir, no son específicos para la recolección de datos en la población juvenil).

1. Validez, confiabilidad y sesgo:

Una de las preocupaciones más importantes en la recolección de datos sobre la población juvenil es que sean comparables con el transcurso del tiempo. Cuando los datos son comparables, los investigadores y planificadores de programas pueden identificar tendencias y cambios en la epidemia del VIH entre los jóvenes. Para lograrlo, los datos deben ser válidos, fiables y no sesgados.

No hay forma de garantizar que los datos sean perfectamente válidos, pero en algunos casos, los datos que no tienen validez pueden ser claramente identificados y rechazados. Hay muchos errores que pueden presentarse en la recolección de los datos, lo que afecta su validez: podrían haber errores en la forma en que se seleccionó la muestra, o en la forma en que se condujo la entrevista, o incluso en la manera en que se analizaron los datos. Una de los objetivos de este capítulo es ayudar a los lectores a garantizar que se recolectarán datos válidos.

La confiabilidad es igualmente importante. Para evaluar la confiabilidad, los investigadores podrían repetir preguntas dentro de una entrevista de forma exactamente igual o ligeramente diferente, o podrían repetirlas durante una entrevista de seguimiento (46). Por ejemplo, si al inicio de un cuestionario un encuestado afirma que nunca ha usado condón durante sus relaciones sexuales, y luego dice que usó condón la última vez que las tuvo, sus respuestas serían poco fiables e inválidas. Aunque los datos poco fiables indican que no son inválidos, los datos fiables no necesariamente son válidos. Un ejemplo de esto es cuando los encuestados afirman de un modo consistente y fiable que nunca han tenido relaciones sexuales, cuando de hecho, sí las han tenido.

- **Los datos válidos** son datos lo más cercano posible a la verdad.
- **La confiabilidad** es la consistencia de las respuestas de un individuo frente a la misma pregunta o a preguntas similares.

Cuando los errores en los datos son sistemáticos o siguen un patrón regular, se llaman sesgos. Ninguna información está completamente libre de sesgo, pero su magnitud debe reconocerse y minimizarse. Hay varios tipos de sesgo que pueden ocurrir en la recolección de los datos. Un tipo de sesgo general, llamado **sesgo de muestra**, ocurre cuando los encuestados que participan en un estudio (la muestra) no representan adecuadamente al grupo de interés. Solicitar voluntarios para un estudio, o permitir que los funcionarios públicos elijan cuáles pueblos o provincias se seleccionarán para un sondeo favorece que la muestra sea diferente del resto del grupo de interés. También es muy probable que se presente el sesgo de muestra cuando se selecciona a personas o unidades organizativas para un estudio pero se rehúsan a participar. Algunos investigadores han identificado este tipo especial de sesgo de muestra como un **sesgo de participación**. Un ejemplo de esto es la diferencia que existe entre aquellos que aceptan someterse a pruebas del VIH y aquellos que se rehúsan, dependiendo de su conducta sexual de riesgo en el pasado. Con el fin de minimizar el sesgo de muestra, es importante seleccionar muestras aleatorias de participantes, en las que cada miembro de la población tiene igual oportunidad de ser seleccionado. Los detalles sobre muestreo aleatorio se presentan en las páginas 5-6.

Un segundo tipo general de sesgo se llama **sesgo de la información**, que ocurre siempre que los datos muestren diferencias sistemáticas a través de la muestra. Los dos tipos más comunes de sesgo de la información son los sesgos del entrevistador y los sesgos de memoria. En particular, un entrevistador puede ejercer influencia sobre las respuestas de muchas maneras, incluso por el tono de voz que use. Otras características como género, edad, raza, etnia, nivel educativo y actitudes también pueden tener influencia sobre la forma en que el participante de un estudio responde las preguntas. Los investigadores han descubierto que, en general, es más probable que los participantes se fíen más de personas que se parecen a ellos, por lo que podrían hablar sobre determinadas conductas delicadas con dichos entrevistadores. Por ejemplo, la persona más apropiada para entrevistar a una joven adolescente del área rural podría ser una mujer joven de similar procedencia.

Otra forma en que puede ocurrir el sesgo del entrevistador es cuando los entrevistadores codifican los datos de una forma sistemáticamente diferente. Por ejemplo, si se pide a los encuestados describir todos los métodos de planificación familiar que han usado en el pasado y algunos hablan del “uso de un amuleto mágico”, puede existir sesgo si un entrevistador codifica esto sistemáticamente como “métodos locales/tradicionales”, mientras que otro lo codifica como “ningún método”. El sesgo del entrevistador puede reducirse garantizando que todos los entrevistadores estén bien capacitados y calificados para realizar las entrevistas, así como en lo que se refiere al protocolo y a la ética de investigación. La capacitación de los entrevistadores también debe incluir un análisis sobre la importancia de los datos válidos, formas de reducir los sesgos y de los mismos objetivos de la investigación para estimular el sentido de pertenencia y compromiso personal con dichos objetivos, incluso en la ausencia de supervisión (10).

El sesgo de memoria también puede surgir cuando los individuos brindan información falsa sobre un evento del pasado. La capacidad para recordar eventos con precisión cambia con el tiempo transcurrido desde que tuvieron lugar y según su frecuencia. Por ejemplo, los datos sobre el uso del condón durante la última relación sexual podrían sufrir sesgos de memoria: es posible que alguien que tuvo relaciones sexuales hace mucho tiempo no recuerde con exactitud si usó condón. En cambio, un encuestado que tuvo relaciones sexuales recientemente, podría decir con certeza si lo utilizó. Para reducir el sesgo de memoria, una técnica simple es garantizar que los participantes tengan suficiente tiempo para reflexionar antes de contestar y otra, es hacer que los participantes piensen detenidamente sobre una secuencia de eventos de la historia de sus vidas (47, 48).

Un tercer tipo de sesgo que puede ser especialmente común entre los encuestados jóvenes es el sesgo de aceptabilidad social, que ocurre cuando los participantes de un estudio no contestan las preguntas honestamente porque perciben que la verdad es socialmente inaceptable. Por ejemplo, puede ser que una persona niegue falsamente haber tenido una infección de transmisión sexual por temor al estigma social que se asocia a ellas. Generalmente, los investigadores han encontrado que las personas tienden a minimizar y no a aumentar los datos que brindan con respecto a conductas que son consideradas como socialmente indeseables (11). Sin embargo, las percepciones relativas a la aceptación pueden variar dentro de una población, y lo que puede considerarse inaceptable para un grupo puede ser considerado aceptable en otro. En algunas culturas, por ejemplo, el hecho de que las mujeres jóvenes se abstengan de tener relaciones sexuales es sumamente valorado, por lo que pueden declarar un número menor de compañeros sexuales en los estudios de investigación, mientras que los hombres jóvenes de la misma cultura pueden sentirse orgullosos de su experiencia sexual y así aumentar los datos que brindan sobre el número total de compañeras que han tenido (12, 13).

Se han desarrollado varias técnicas para reducir el sesgo de aceptación social. Una es explicar los objetivos de la investigación antes de la entrevista, incluyendo su valor social y legitimidad, así como la importancia de obtener informes sinceros. Otra es garantizar la privacidad de la entrevista y la confidencialidad de cualquier información que se obtenga, y aclararlo puntualmente a los encuestados.

- **El sesgo del entrevistador** ocurre cuando hay diferencias en la forma en que se realizan las entrevistas y se codifican los datos.
- **El sesgo de memoria** ocurre cuando la gente sistemáticamente comete errores al recordar eventos.
- **El sesgo de aceptabilidad social** ocurre cuando los participantes en un estudio no responden las preguntas honestamente porque perciben que la verdad es socialmente inaceptable o indeseable.

2. Diseño y redacción del cuestionario

El diseño y redacción del cuestionario también puede contribuir al sesgo. Por ejemplo, si se pregunta a los encuestados sobre la conducta sexual al inicio del cuestionario, la aceptación social puede ser mayor que si se les preguntara una vez que se hayan familiarizado con el mismo y hayan adquirido más confianza a lo largo del proceso de la entrevista. La longitud del cuestionario y la duración de la entrevista también podrían ser importantes, ya que si lleva demasiado tiempo responderlo, los encuestados podrían cansarse o sentirse frustrados y dejar de responder en forma significativa (46).

Hay otras formas en las que el orden y contenido de las preguntas y respuestas pueden tener influencia sobre la información que suministran los encuestados. Si la redacción de una pregunta sugiere una posible respuesta, los encuestados podrían darla como su respuesta, mientras que de otra forma no lo hubieran hecho. De un modo similar, las preguntas y respuestas iniciales podrían sugerir y ejercer influencia sobre respuestas a preguntas posteriores (46). Como ejemplo, si la pregunta “¿Alguna vez ha usado condones para evitar el embarazo?” se formula antes de solicitar: “Cite todos los métodos de planificación familiar que conoce”, la primera pregunta hubiera podido ofrecer respuesta posible para la segunda, que algunos encuestados tal vez no habrían considerado dar como respuesta.

Otro problema que en general causa problemas por falta de comprensión por parte del investigador o del encuestado está relacionado con la terminología vaga o relativa, como “a menudo” o “con frecuencia” (49). Por ejemplo, si se pregunta a los encuestados la frecuencia con que tienen relaciones sexuales, un hombre joven podría interpretar que tiene relaciones sexuales a menudo porque las tiene una vez al mes, mientras que otro puede sentir que no tiene relaciones sexuales a menudo, porque sólo las tiene una vez a la semana. Sería ideal evitar el uso de términos vagos, o si es necesario usarlos, se los debe definir claramente.

En muchos países en desarrollo, el idioma materno de los investigadores y encuestados puede ser diferente, y la traducción del cuestionario se convierte en una fuente potencial de error o sesgo (46, 50). Los errores pueden simplemente ocurrir debido a una deficiente calidad de la traducción, pero también porque muchos términos tal vez no tengan equivalentes conceptuales en el otro u otros idiomas en los que se realiza la investigación, y/o tener múltiples significados que no son los deseados. Por ejemplo, en inglés el término “*seduce*” sugiere persuadir a alguien exitosamente para tener relaciones sexuales, pero en otro idioma el equivalente conceptual más cercano podría solo sugerir un *intento* de seducir (que no necesariamente resulta en una relación sexual). Si los dos términos se usan indiferentemente, la información sobre intentos de seducción podrían entenderse incorrectamente como una conducta seductora que resulta en una relación sexual.

El tema de los errores de traducción es particularmente problemático en la investigación sobre la conducta sexual, porque su naturaleza delicada dificulta identificar los términos apropiados. Por ejemplo, en muchas culturas las traducciones literales para “relación sexual vaginal” son oscuros o considerados ofensivos. Por el contrario, eufemismos como “hacer el amor” pueden ser de uso general y relativamente inofensivos, pero también pueden ser ambiguos y sugerir otras actividades a los encuestados, como el juego/exploración sexual, relaciones sexuales sin penetración, o relaciones sexuales anales.

Existen varias formas de reducir la posibilidad de sesgos durante la elaboración de cuestionarios. Si fuera necesario traducir el borrador de un cuestionario, un nuevo traductor debe hacer otra vez la

traducción al idioma original, para que los investigadores puedan evaluar los errores y significados que no habían podido prever. Este proceso puede repetirse varias veces durante la elaboración de un cuestionario para garantizar la mejor calidad de la traducción. Las pruebas previas pueden hacerse con un pequeño número de encuestados, concentrándose en preguntas específicas y haciendo un cuidadoso seguimiento para comprobar si hubo áreas en las que se incurrió en errores de interpretación. Las pruebas previas son particularmente útiles para aclarar temas problemáticos, tales como la terminología sexual apropiada que debe usarse en investigaciones entre la población juvenil. Una vez que se ha elaborado el protocolo de estudio, las pruebas piloto (modelos a pequeña escala del estudio mismo) pueden realizarse en un contexto similar al propuesto para el estudio y con encuestados que sean similares a la población prevista para el estudio (46).

Consejos para diseñar el cuestionario:

- Empiece con preguntas generales, que no sean delicadas (es decir, evite preguntar al principio si una persona joven ha tenido relaciones sexuales)
- Use un formato y una redacción simples.
- Use un lenguaje familiar para la cultura y el subgrupo.
- Evite el uso de términos ambiguos o, si fuera necesario, defínalos claramente (es decir, para algunas poblaciones podría ser importante definir qué se quiere decir con 'relaciones sexuales' antes de hacer preguntas al respecto).
- Evite una pregunta que insinúe la respuesta a esa pregunta o a una posterior.

Consejos para elaborar y probar el cuestionario:

- Haga preparativos para realizar una serie de traducciones y nuevas traducciones independientes al idioma original. Los cuestionarios deben traducirse al idioma local del encuestado antes de que empiece el sondeo. En una acción separada, otro traductor debe traducir las nuevas preguntas de nuevo al inglés (o al idioma original) sin utilizar el cuestionario original como referencia. Esta nueva traducción debe ser igual a la versión original
- Cuestionario de la prueba previa para identificar áreas problemáticas, malas interpretaciones, u objeciones culturales a las preguntas.
- Cuestionario de la prueba piloto cuando esté casi concluido, usando encuestados similares a los encuestados con los que se hará la recolección real de los datos.

3. Métodos de recolección de datos

En la investigación sobre la conducta sexual de los adolescentes se ha utilizado una variedad de métodos, cada uno de los cuales tiene sus propias fortalezas y debilidades en cuanto a reducir los sesgos e incrementar la validez de los datos. Los métodos **cuantitativos** implican la recolección de datos de un gran número de personas para el análisis estadístico. Por razones prácticas, debido a la gran escala de los estudios cuantitativos normalmente se requiere que los sondeos sean **estructurados**, o que sigan un formato exacto de preguntas y respuestas. La naturaleza uniforme de estas preguntas estructuradas puede ayudar a minimizar el sesgo del entrevistador. Por ejemplo, si una entrevista estructurada se realiza correctamente, hay menos posibilidades de insinuar una posible respuesta diferente a los encuestados. Los métodos **cualitativos** en general implican recolectar información más detallada de un número mucho más pequeño de personas que en un estudio cuantitativo, usando entrevistas semi-estructuradas y no estructuradas. Las entrevistas cualitativas permiten hacer una exploración más detallada y compleja de temas de lo que normalmente es posible en entrevistas cuantitativas, y puesto que son menos estructuradas, los investigadores pueden adecuarlas y responder inquietudes que surjan espontáneamente. Por ejemplo, es posible que un estudio que se concentra en la conducta sexual no incluya preguntas específicas sobre la violencia en las relaciones, pero si un encuestado inesperadamente informara que participa en conductas de alto riesgo debido a amenazas violentas, en una entrevista semi-estructurada habría espacio para explorar esta situación.

La metodología recomendada para la recolección de datos a lo largo de esta guía es una **encuesta realizada en los hogares**, a nivel nacional o regional con gente joven. Los **sondeos basados en centros educativos** también se utilizan ocasionalmente para recolectar datos sobre la población juvenil. Una de las principales ventajas de los sondeos en centros educativos, en comparación con las encuestas de hogar, es el costo: en general, es mucho menos costoso implementar los sondeos en centros educativos. Esto se debe en gran medida a que la muestra está más accesible (la ventaja de contar con un grupo de gente joven en un centro educativo, en lugar de tener que buscar a cada joven en su casa), y el hecho de que la mayoría de sondeos en centros educativos consisten en cuestionarios auto-administrados (es decir, no se requiere que un entrevistador haga las preguntas, puesto que los jóvenes llenan el cuestionario por sí solos).

Otra diferencia entre estas metodologías es que todos los sondeos basados en centros educativos, en comparación con las encuestas basadas en hogares, tienden a mostrar una mayor prevalencia de conductas de riesgo en adolescentes (51, 52). La principal hipótesis de este hallazgo es que la privacidad pareciera ser el determinante fundamental para que los adolescentes estén dispuestos a ofrecer información sobre conductas riesgosas (con frecuencia estigmatizadas) (Kann et al, 2002). De hecho esta es una desventaja de las encuestas realizadas en hogares: con frecuencia no se puede garantizar la privacidad de los encuestados y esto podría tener un impacto en los informes sobre conductas riesgosas. Sin embargo, la evidencia para establecer si la mayor prevalencia encontrada en sondeos basados en centros educativos se acerca más a la prevalencia “real” todavía no es concluyente, y también existen pruebas que sugieren que los datos de encuestas realizadas en centros educativos pueden ser menos válidos que los datos obtenidos en los hogares (53)

La principal desventaja de los sondeos basados en centros educativos – y la principal razón por la que no se recomiendan como medio de recolección de datos en esta guía – es que no son representativos de la población total de jóvenes. Hay dos argumentos principales:

- En esta guía se recomienda que la mayoría de los indicadores se recolecten con gente joven de hasta 24 años de edad. En países en donde la asistencia a clases es alta, los jóvenes en la categoría superior de edad (a partir de 18 años) ya no asisten a clases por lo que quedarían excluidos de la muestra.
- En países en los que la asistencia general a clases es baja (y normalmente más baja conforme aumenta la edad), una proporción sustancial de la población total de jóvenes no quedaría incluida en una muestra basada en centros educativos.

Los indicadores de esta guía se recopilaron con el propósito de monitorear y evaluar los programas nacionales y para realizar un seguimiento de las tendencias biológicas y conductuales relevantes para el VIH a nivel nacional. Dadas las limitaciones arriba indicadas, los sondeos basados en centros educativos no pueden sustituir a las encuestas en los hogares.

A pesar de todo, los sondeos basados en centros educativos pueden constituir una valiosa fuente de información adicional, que debería aplicarse conjuntamente con una encuesta basada en los hogares para lograr una mejor comprensión de los temas específicos, en particular aquellos relacionados con las intervenciones basadas en centros educativos. Existen varias encuestas de este tipo que se han aplicado en muchos países:

- La Encuesta Global sobre Uso del Tabaco en los Jóvenes (auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control de Enfermedades), es una encuesta sobre el uso del tabaco y sus determinantes entre estudiantes que tienen de 13 a 15 años. Se ha realizado en 140 países.
- La Encuesta sobre Conducta en Salud de Niños que Asisten a la Escuela (auspiciada por la Organización Mundial de la Salud), es una encuesta sobre conductas saludables y sus determinantes entre estudiantes de 11, 13 y 15 años. Se ha realizado en 35 países.
- La Encuesta Global sobre Salud de los Estudiantes Basada en Centros Educativos (auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con UNICEF, UNESCO, ONUSIDA y CDC), es una encuesta de conductas de riesgo prioritarias en el área de la salud y sus determinantes entre estudiantes de 13-15 años. Se emprendió en el 2003 y hasta la fecha se ha realizado en 7 países.

En última instancia, el punto más importante es la sinergia de los diferentes métodos y esfuerzos realizados en la recolección de datos para ofrecer una perspectiva integral de temas relevantes a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA entre la población juvenil. Todas las encuestas – ya sean basadas en hogares, centros educativos, o poblaciones especiales – deben incluir un conjunto clave de indicadores básicos relevantes en el VIH y la gente joven. Los indicadores de esta guía constituyen dicho conjunto, con el propósito de contribuir a la posibilidad de comparar datos a través de las encuestas, de las regiones y con el paso del tiempo, contribuyendo de este modo a mejorar los esfuerzos de recolección de datos en general.

Para la mayoría de los indicadores de esta guía será necesario recolectar datos realizando **encuestas de hogar**, a nivel nacional o regional, sobre la población juvenil. Las encuestas de hogar son ampliamente utilizadas para recolectar datos a nivel nacional y subnacional basados en la población, sobre el estado de salud y los comportamientos de los adolescentes y adultos jóvenes. Entre las encuestas de hogar más relevantes para recolectar datos en un considerable número de países figuran las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), las Encuestas de Vigilancia Conductual (EVC) desarrolladas por Family Health International, y las Encuestas de Indicadores Múltiples Agrupados de UNICEF (EIMA). Estas encuestas se basan en muestras de adultos y el tamaño de la muestra y las técnicas de muestreo tienen que adecuarse para garantizar que haya un número representativo de jóvenes dentro de la muestra total. También hay encuestas que se realizan en hogares que son específicas para adolescentes, como los Sondeos sobre la Salud Reproductiva de los Adolescentes y de Salud Reproductiva realizados por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Además de estas encuestas “internacionales”, muchos países también realizan encuestas nacionales anuales o con más frecuencia (por ejemplo, las encuestas trimestrales financieras o sobre la fuerza laboral). El volumen y el tipo de datos relativos a los adolescentes varía enormemente a través de estas encuestas nacionales. Con todo, dado que dichas encuestas pueden servir como un medio para agregar preguntas sobre la salud y desarrollo de los adolescentes, vale la pena mencionarlas.

Ventajas y Desventajas de las Encuestas de Hogar

Ventajas:

- Gran viabilidad para recolectar datos representativos a nivel nacional en relación a los jóvenes, tanto en centros educativos como fuera de éstos
- Menor posibilidad de sesgo de la muestra
- Considerable experiencia en la aceptación de las encuestas como un medio de monitoreo por parte de la mayoría de los gobiernos en todo el mundo
- Relativa facilidad de estandarización de las encuestas a través de diferentes contextos, permitiendo que la comparación
- dentro del territorio de un país o a nivel internacional sea más factible.

Desventajas:

- Costo moderado / alto
- Relativa ineficiencia para obtener medidas para la sub-población vulnerable de jóvenes (es decir, niños de la calle, huérfanos que no tienen un lugar fijo de residencia), con el consecuente resultado de la ausencia de adecuados marcos de muestreo.
- El hecho de que los jóvenes se muevan constantemente de un lugar a otro y que con frecuencia no estén en casa puede dificultar las entrevistas.
- Dificultad para garantizar privacidad y el impacto que esto podría tener sobre las estimaciones de prevalencia conductual.

Refiérase al documento “Guidelines of sampling of youth” disponible en www.childinfo.org, que presenta un análisis detallado sobre diferentes encuestas y métodos para obtener muestras de poblaciones juveniles.

4. Muestreo

El muestreo es el proceso de elegir sistemáticamente un subconjunto del total de la población a estudiar. Debido a su menor riesgo de sesgo, las encuestas realizadas usando **métodos de muestreo probabilístico** que generalmente se prefieren a las basadas en **muestras no probabilísticas**. Para recolectar datos sobre los indicadores de esta guía, es esencial que se utilicen métodos de muestreo probabilístico, ya que es la única forma en que los datos puedan ser comparables a través del tiempo. Los métodos de muestreo probabilístico requieren que cada persona de la población tenga la probabilidad de ser seleccionada para el sondeo. Todas las encuestas internacionales realizadas en hogares mencionadas anteriormente emplean alguna forma de muestreo probabilístico, en general muestreo por grupos en etapas múltiples. Por el contrario, los métodos de muestreo no probabilístico no se basan en la teoría de la probabilidad. Con estos métodos, las muestras no se escogen aleatoriamente. Algunos ejemplos de muestreo no probabilístico incluyen la obtención de una muestra de sujetos basada en la oportunidad (es decir, sondeando a todos los jóvenes que uno se encuentra caminando por las calles) , o basando la selección de la muestra en datos ofrecidos por otros sujetos de la muestra (a menudo llamado muestreo tipo ‘bola de nieve’).

Hay varios tipos de métodos de muestreo probabilístico. El más simple de estos es el **muestreo aleatorio simple**, en el que los sujetos son escogidos al azar de modo que cada sujeto tenga la misma oportunidad de ser seleccionado. Por ejemplo, los sujetos del sondeo son elegidos de un ‘sombrero’ o, lo que sería ideal, de una de las tablas de números al azar que aparecen en los libros de estadística. Otro tipo de método de muestreo probabilístico es el **muestreo estratificado**, en el que la población de donde va a obtenerse la muestra es dividida en grupos homogéneos según las características que son importantes para los indicadores a medir, como los jóvenes que son sexualmente activos. Luego se escoge una muestra aleatoria simple de cada grupo. Las encuestas a gran escala, como las EDS y las EIMA, se basan en **muestreos por grupos en etapas múltiples**, que normalmente implican seleccionar muestras aleatorias de grupos (como distritos o regiones de un país), enumerando todos los hogares dentro de estos distritos, y tomando luego una muestra aleatoria simple de cada grupo.

La disponibilidad de un marco de muestreo es un requisito importante para el muestreo probabilístico. Ciertamente, lo que con frecuencia explica el uso de métodos no probabilísticos es la carencia de un marco de muestreo utilizable y el alto costo que supone crear uno desde el principio. Es probable que en la mayoría de los países existan marcos de muestreo utilizables en forma de censos recientes, marcos de muestreo “maestros” elaborados por la oficina de estadísticas vitales y otros marcos de muestreo usados por otras encuestas de gran escala, para la población general de adolescentes.

Sin embargo, no es probable que existan marcos de muestreo para subgrupos de jóvenes vulnerables (como los trabajadores sexuales) en la mayoría de los lugares y quizás sea necesario desarrollar marcos de muestreo adecuados o métodos no probabilísticos.

Los métodos de muestreo probabilístico se basan en **la teoría de la probabilidad**, un concepto matemático basado en principios estadísticos aceptados que se refieren a la capacidad de predecir la probabilidad estadística de que ocurra un evento aleatorio.

REFERENCIAS

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2002 update. Geneva: UNAIDS; 2002 (available at: www.unaids.org).
2. UNICEF, UNAIDS, WHO. Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis. New York and Geneva: UNICEF, UNAIDS, WHO; 2002.
3. UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2000.
4. MEASURE Evaluation/WHO/PSI. Compiled Condom Availability and Quality Protocol, retail survey (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaids-00.17e/tools/measurecondom.pdf>)
5. WHO, UNAIDS. Initiating second generation HIV surveillances: practical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/HIV/2002.17).
6. Family Health International (FHI). Guidelines for repeated behavioural surveillance surveys in populations at risk of HIV. Arlington (VA): Family Health International; 2000.
7. Adamchak S, Bond K, McLaren L, Magnani R, Nelson K, Seltzer J. A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs, Tool Series 5. Washington DC: FOCUS on Young Adults; 2000.
8. Rehle T, Saidel T, Mills S, Magnani R, editors. Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: a handbook for program managers and decision makers. Washington DC: Family Health International; 2001 (available at: <http://www.fhi.org>).
9. Webb D, Elliot L. Learning to live: monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people. London: Save the Children; 2000 (available at: <http://www.savethechildren.org.uk>).
10. Bachrach, C. and Newcomer, S. F. 2002. Addressing bias in intervention research: Summary of a workshop. *Journal of Adolescent Health* 31:311-321.
11. Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D. and Coates, T. J. 1990. Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin* 108(3): 339-362.
12. Siegel, D. M., Aten, M. J. and Roghmann, K. J. 1998. Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behaviour questionnaire. *Journal of Adolescent Health* 23 (1): 20-28.
13. Catania, J. A., Turner, H., Pierce, R., Golden, E., Stocking, C., Binson, D., and Mast, K. 1993. Response bias in surveys of AIDS-related sexual behavior. In *Methodological Issues in AIDS Behavioral Research*. Ostrow, D. G., Kessler, R. C. Plenum Press: New York. 133-162.
14. Robinson K, Telljohan S, Price J. Predictors of sixth-graders engaging in sexual intercourse. *Journal of School Health* 1999;69:369-75.
15. Kinsman SB, Romer D, Furstenberg FF, Schwarz DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics*, 1998;102:1185-92.
16. Romer D, Black M, Ricardo I, Feigelman S, Kaljee L, Galbalth J, et al. Social influences on the sexual behavior of youth at risk of HIV exposure. *American Journal of Public Health*, 1994;84(6):977-85.
17. ONUSIDA. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève : Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2002
18. WHO. Adolescent-friendly health services: Making it happen. And Global consultation on adolescent-friendly health services. A consensus statement. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/WHO_FCH_CAH_02.18.htm).
19. Going for gold: A clinic guide to the National Adolescent Friendly Clinic Initiative. South Africa: NAFCl; 2000.
20. Nelson K., MacLaren L., Magnani R.. Assessing and planning for youth-friendly reproductive health services. FOCUS Tool Series 2. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program/ Pathfinder International; 2000.
21. Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science* 1998;2(4):194-208.
22. WHO. Framework for programming for adolescent health and development. Action for adolescent health: towards a common agenda: Recommendations from a joint study group - WHO, UNFPA, UNICEF. Geneva: World Health Organization; 1997 (<http://www.who.int/child-adolescent-health.htm>).
23. UNAIDS, UNICEF. Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. Upcoming.
24. Meekers D, Calves A. Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. *African Journal of Reproductive Health* 1999;3(2):51-67.
25. Kanya M, McFarland W, Hudes ES, Ssali A, Busuulwa R, Hearst N. Condom use with casual partners by men in Kampala, Uganda. *AIDS* 1997;11(Suppl.1):S61-6.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Programas nacionales contra el SIDA : una guía de indicadores para supervisar y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes.

1. Infecciones por VIH - prevención y control 2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - prevención y control 3. Programas nacionales de salud - organización e administración 4. Servicios de salud de los adolescentes - organización e administración 5. Evaluación de procesos y resultados (Atención de salud) 6. Pautas I. Título II. Título: Una guía de indicadores para supervisar y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes.

ISBN 92 4 359257 2

(Clasificación NLM: WC 503.6)

© 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 OMS 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 France.

26. Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce sexual risk-taking and teen pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy Task Force on Effective Programs and Research; 2001.
27. Murray N, Zabin L, Toledo-Dreves V. Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(3):139-44,152.
28. Magnani RJ, Seiber EE, Gutierrez EZ, Vereau D (2001). Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Studies in Family Planning* 2001;32(1):53-66.
29. Park I, Sneed C, Morisky D, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and Prevention* 2002;14(1):73-83.
30. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:76-86.
31. Kiragu K, Zabin L. The correlates of premarital sexual activity among school-age adolescents in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 1993;19:92-7.
32. Selvan M, Ross M, Kapadia A. Study of perceived norms, beliefs, and intended sexual behavior among higher secondary school students in India. *AIDS Care* 2001;13(6):779-88.
33. Laguna E. On their own: effect of home- and school-leaving on Filipino adolescents' sexual initiation. *East-West Center Working Papers* 2001;108-19.
34. Isarabhakdi P. Factors associated with sexual behavior and attitudes of never-married rural Thai youth. *Journal of Population and Social Studies* 1999;8(1):21-44.
35. Podhisita C, Xenos P, Varangrat A. The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences. *East West Center Working Papers* 2001;108-5.
36. Bearman P, Bruckner H. Power in numbers: peer effects on adolescent girls' sexual debut and pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1999.
37. Schaefer EW. Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Development* 1965;36:413-24.
38. Barber BK, Olsen JA. Socialization in context: connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research* 1997;12(2):287-315.
39. WHO. Broadening the horizon: balancing risk and protection for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01.20.htm)
40. Nelson K, Magnani R. The effects of youth-friendly service projects on service utilization among youth in Lusaka, Zambia. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program; 2000.
41. WHO. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>).
42. UNAIDS/WHO Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups. (UNAIDS/03.49E.) Geneva, 2003
43. UNAIDS. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance. (2003) Estimating the Size of Populations at Risk for HIV: Issues and Methods. Updated July 2003. (UNAIDS/03.36E) (available at www.unaids.org).
44. Futures Group. "Spectrum" Estimation package, available at www.tfgi.com.
45. Boerma et al. Estimates of HIV-1 prevalence from national population-based surveys as a new gold standard. *Lancet* 2003, 362: 1929-1931.
46. Smith, P. G. and Morrow, R. H. 1996. *Field Trials of Health Interventions in Developing Countries: A Toolbox*. Oxford: Macmillan.
47. Auriat, N. 1993. 'My wife knows best': A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register. *Public Opinion Quarterly* 57: 165-190.
48. Bradburn, N. M., Reips, L. J., and Shevell, S. K. 1987. Answering autobiographical questions: The impact of memory and inference on surveys. *Science* 236: 157-163.
49. Bradburn, N. B. and Miles, C. 1989. *Vague Quantifiers*. In *Survey Research Methods: A Reader*. Eds. Singer, E. and Presser, S. University of Chicago Press: Chicago. 155-164.
50. Bulmer, M. and Warwick, D. P. 1983. Data collection. In *Social Research in Developing Countries: Surveys and Censuses in the Third World*. Eds. Bulmer, M. and Warwick, D. P. John Wiley & Sons: New York. 145-160.
51. Brener, ND; Kann, L.; Smith, TK. 2003. Reliability and validity of the School Health Policies and Programs Study 2000 questionnaires; *J Sch Health*; 2003 Vol. 73, p29-37, 9p.
52. KANN, L.; BRENER, N.D.; WARREN, C.W.; COLLINS, J.L.; GIOVINO, G.A.. 2002 An assessment of the effect of data collection setting on the prevalence of health risk behaviors among adolescents; *J. Adolesc. Hlth*; Vol. 31, p327-335, 9p.
53. Gregson, Simon: "The performance of face to face interviews and self-administered/more anonymous techniques," *Workshop on Measurement of Sexual Behaviour in the Era of HIV/AIDS*. London, 4th to 6th September 2003.