

2015 | DIRECTRICES

# **PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2015**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA 2015.

1.Infecciones por VIH. 2.Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – prevención y control. 3.Evaluación de Programas y Proyectos de Salud I.Organización Mundial de la Salud. II.ONUSIDA

ISBN 978 92 4 350934 1 (OMS) (Clasificación NLM: WC 503.6)

ISBN 978-92-9253-074-7 (ONUSIDA)

© Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto: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 través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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

# ÍNDICE

PREFACIO	5
INTRODUCCIÓN	7
Objetivo	7
Cómo usar estas directrices	7
Antecedentes	8
Historial de presentación de informes	9
Formato del informe	10
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos	11
IMPLEMENTACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS PROGRESOS A NIVEL NACIONAL	12
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	12
Numeradores y denominadores	13
Desglose de los datos: sexo y edad	13
Datos subnacionales	15
Novedad y representatividad de los datos de encuestas	16
Interpretación y análisis	16
Selección de indicadores	17
Geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación	
Función de la sociedad civil	18
Contenido del informe	19
Directrices para el envío	20
Herramienta de presentación de informes	20
Presentación conjunta de la OMS y el UNICEF sobre indicadores del sector de la salud	21
Presentación de datos	21
El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias	21
RESUMEN DE LOS CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA DE 2015	23

EL FUTURO DE LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA	25
---	----

LISTA COMBINADA DE INDICADORES GARPR Y ACCESO UNIVERSAL	26
--	----

OBJETIVO 1. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA EL 2015	31
---	----

1.1 Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	32
1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años	33
1.3 Múltiples parejas sexuales	35
1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	36
1.5 Las pruebas del VIH en la población general	37
1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes	38
1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención	40
1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo	42
1.9 Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo	44
1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	46
1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	48
1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	50
1.13 Las pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	52
1.14 La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	54

OBJETIVOS 1 Y 2. ESTIMACIONES DEL TAMAÑO DE LAS POBLACIONES CLAVE	57
--	----

OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS PARA EL 2015	58
---	----

2.1 Personas que se inyectan drogas: programas de prevención	58
2.2 Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo	60
2.3 Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras	62

2.4	Las pruebas del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	64
2.5	Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	66
<b>OBJETIVO 3. ERRADICAR LOS NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH ENTRE LOS NIÑOS PARA 2015 Y REDUCIR NOTABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS</b>		<b>69</b>
3.1	Prevención de la transmisión maternoinfantil	69
3.1a	Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia materna	74
3.2	Diagnóstico infantil precoz	76
3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	79
<b>OBJETIVO 4. LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO VITAL PARA 2015</b>		<b>80</b>
4.1	Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	80
4.2	Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento	84
<b>OBJETIVO 5. REDUCIR LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50% PARA EL 2015</b>		<b>88</b>
5.1	Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	88
<b>OBJETIVO 6. ELIMINAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS DESTINADOS AL SIDA PARA 2015 Y LLEGAR A UNA INVERSIÓN MUNDIAL ANUAL DE 22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS</b>		<b>90</b>
6.1	Gasto relativo al sida	90
<b>OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO</b>		<b>93</b>
7.1	Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	93

OBJETIVO 8: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	97
8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	97
OBJETIVO 9: ELIMINAR LAS RESTRICCIONES DE VIAJES	102
OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH	103
10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos	103
10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres	105
POLÍTICAS GUBERNAMENTALES SOBRE VIH Y SIDA	109
APÉNDICES	110
Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados	110
Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional	112
Apéndice 3. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados	116
Apéndice 4. Bibliografía seleccionada	117
Apéndice 5. Indicadores de la circuncisión masculina	122
Apéndice 6. Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación	125
Apéndice 7. Directrices para supervisar los avances en la eliminación de las desigualdades de género	127
ACRÓNIMOS	137
PARTE 2 GUÍA SOBRE LOS INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y LA NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA SALUD A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA (INDICADORES ADICIONALES DEL ACCESO UNIVERSAL AL SECTOR DE LA SALUD DE LA OMS Y UNICEF)	139

## PREFACIO

Un análisis exhaustivo y nuevos datos, muchos de ellos generados por los países mediante este mecanismo de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, han permitido al ONUSIDA publicar tres informes esenciales en los últimos seis meses: el Informe sobre Brechas, el Informe sobre Acción Acelerada: Acabar con la Epidemia de sida para 2030, y OUTLOOK: el Informe de Ciudades. Estas publicaciones demuestran nuestro gran éxito a la hora de doblar la trayectoria de la epidemia de sida. Desde 2001, las nuevas infecciones han disminuido un 38%. Las noticias son incluso mejores en el número de nuevas infecciones entre niños, que se han reducido un 58%, hasta situarse por primera vez por debajo de 200.000 en los 21 países más afectados en África. Este es un hito importantísimo en nuestro camino para conseguir que la epidemia de sida deje de ser una amenaza para la salud pública para 2020 y 2030.

Contamos con tan solo cinco años para detener la trayectoria de la epidemia de sida. Nuestros progresos en los próximos cinco años determinarán la repercusión que podremos alcanzar en los 10 años siguientes, hasta 2030. Existen pruebas nuevas y convincentes que no debemos ignorar.

Por este motivo, ONUSIDA está promoviendo nuevos objetivos de acción acelerada, que nos permitirán centrarnos allí donde se pueden y necesitan conseguir resultados: ampliar el tratamiento del VIH mediante las metas 90-90-90 (el 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico, el 90% de las personas seropositivas que conocen su estado reciben tratamiento antirretrovírico, y se ha suprimido la carga vírica del 90% de las personas que reciben tratamiento), así como alcanzar metas ambiciosas de prevención y reducción del estigma. Debemos cerrar las brechas para garantizar que nadie se quede atrás en la respuesta al sida.

En septiembre de 2014, 127 países pudieron notificar sus datos semestrales sobre el tratamiento antirretrovírico y la PTMI, y 57 países los desglosaron a nivel subnacional, lo que ilustra los avances de los sistemas de seguimiento nacionales y cómo los países están enfocando sus respuestas allí donde las inversiones conseguirán mejores beneficios programáticos.

Las directrices de 2015 ofrecen a los Estados Miembros de las Naciones Unidas información detallada sobre cómo recopilar los datos y preparar la siguiente ronda de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Insto a todos los países a aprovechar esta oportunidad para consultar a los principales sectores del país, incluida la sociedad civil, sobre cómo enfocar la respuesta nacional al sida. Esta ronda de informes es una oportunidad más para aunar esfuerzos a fin de reunir y notificar datos más precisos, así como analizar datos subnacionales y utilizarlos para la reprogramación.

Recopilar e informar sobre resultados de alta calidad en la respuesta al sida son elementos importantes de nuestra agenda de responsabilidad compartida y solidaridad mundial. El ONUSIDA está decidido a apoyarle en esta misión. Confío en que presente sus datos de seguimiento y estimaciones sobre el VIH para 2014 antes del 31 de marzo de 2015.

Si tiene cualquier pregunta o desea recibir ayuda adicional, contacte con [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

Le agradezco, una vez más, su implicación continua en la respuesta al sida.



Michel Sidibé  
Director Ejecutivo  
ONUSIDA

## INTRODUCCIÓN

### Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar a los programas nacionales de sida y a los asociados que participan en la respuesta nacional al sida información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de dicha respuesta.

La “Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida” (Resolución de la Asamblea General 65/277), que fue adoptada en la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre sida en junio de 2011, instaba al ONUSIDA a apoyar a los países en la labor de notificación de los compromisos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

Hasta 2012, los indicadores para la presentación de informes sobre los avances de la respuesta mundial al sida (GARPR), previamente conocidos como indicadores del UNGASS, solían notificarse a nivel mundial cada dos años. Sin embargo, a partir de 2013 los datos se han recopilado de forma anual.

Para evaluar el progreso realizado hacia los objetivos, la recopilación y notificación de datos de indicadores representa una parte importante. Se recomienda encarecidamente a los países que integren los indicadores básicos en sus actuales actividades de seguimiento y evaluación. El propósito de dichos indicadores es ayudar a los países a evaluar el estado actual de su respuesta nacional y el progreso realizado en la concreción de los objetivos nacionales en relación con el VIH, a la vez que contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la epidemia de VIH, incluido el avance hacia los objetivos mundiales establecidos en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### *Cómo usar estas directrices*

Estas directrices se han desarrollado con miras a ayudar a los países a recoger datos y a notificar el estado de su respuesta nacional al VIH de la manera más efectiva posible. En la sección titulada “Indicadores básicos para la elaboración de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida”, los lectores encontrarán páginas enteras dedicadas a cada indicador, donde se explican los motivos para incluirlos y los métodos para recogerlos, desarrollarlos y medirlos. También se tratan los puntos fuertes y débiles de cada indicador.

Se ofrece ayuda en cada paso del proceso. Los puntos clave y las fuentes de ayuda, como la información referente a las personas con las que se puede contactar y cómo hacerlo, están señalados en esta sección introductoria con una flecha azul. 

## Antecedentes

Hemos llegado al 2015, la fecha final tanto de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 como de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Esta es una oportunidad importante para examinar el progreso alcanzado y prepararse para la presentación del informe final referente al logro de estos objetivos.

La Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 se basa en dos declaraciones políticas previas: la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA* de 2001 y la *Declaración política sobre el VIH/sida* de 2006. Durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS) de 2001, los Estados Miembros adoptaron la declaración unánimemente. Dicha declaración hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH para 2015. También reconocía la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes y se refería a respuestas a nivel internacional, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. La declaración de 2006 reconocía la necesidad imperiosa de lograr acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Si bien son los gobiernos los que han adoptado estas tres declaraciones, el alcance del documento se extiende mucho más allá del sector gubernamental a la industria privada y los grupos sindicales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como a otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH.

Según las condiciones de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, el éxito en la respuesta al sida se mide a través del logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La Declaración insta al seguimiento cuidadoso del progreso en la implementación de los compromisos establecidos y pide que el Secretario General de las Naciones Unidas proporcione informes anuales sobre estos progresos. Dichos informes tienen por objeto identificar desafíos y obstáculos, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas.

## Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011

Objetivos y compromisos de erradicación



Las directrices del presente manual se han desarrollado para mejorar el proceso de notificación de los indicadores clave para la respuesta al sida. Los datos presentados se utilizan para hacer un seguimiento del progreso respecto de los compromisos y objetivos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, y de los ODM relacionados con el sida.

## Historial de presentación de informes

Desde 2004, el ONUSIDA lleva reuniendo cada dos años informes sobre los avances de los países elaborados por los Estados Miembros con el propósito de hacer un seguimiento de las declaraciones políticas, y desde 2013 lo hace de forma anual. Los índices de respuesta han aumentado de 102 Estados Miembros (53%) en 2004 a 180 (93%) en 2014. (Consulte el gráfico para los índices de respuesta mundial y regional).

Gráfico: Proporción de países que han participado en la Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2014



La información facilitada en los informes nacionales sobre los progresos realizados es el conjunto de datos más exhaustivo que jamás se haya tenido sobre la situación de la epidemia y los avances en la respuesta. Los datos de las rondas de notificación previas se pueden obtener en Internet, a través de AIDSinfo: [aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org). La base de datos íntegra está disponible en [www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org), que es una herramienta que permite elaborar gráficos, mapas y tablas. Se pueden obtener informes nacionales descriptivos sin editar de 2014 en: [www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries).

Hay disponibles informes completos del ICPN en: [www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries).



Los datos de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida deben presentarse a través del sitio web de presentación de informes (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) a fin de mejorar la integridad y la calidad de los datos, y de facilitar el procesamiento y el análisis a nivel nacional, regional y mundial.



La fecha límite para la presentación de informes a través de la página web es el 31 de marzo de 2015.

## Formato del informe

Para presentar informes en 2015 se requiere presentar únicamente los indicadores básicos y el informe descriptivo de avances en el país. No se necesita el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN).

Cuando los países se preparen para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, deben basar los informes descriptivos en los informes nacionales. Si hay disponible un informe nacional reciente, puede presentarse como informe nacional descriptivo sobre los progresos realizados. En el apéndice 1 se incluye un modelo de informe nacional sobre los progresos realizados, con instrucciones detalladas para completar las diferentes secciones. Los datos de indicadores se consideran una parte integral de cada presentación del informe nacional sobre los progresos realizados. Por ello, tanto la parte descriptiva del informe nacional sobre los progresos realizados como los datos de indicadores deben tomarse en consideración durante el proceso de consulta y preparación del informe, tal como se describe en la sección titulada «Implementación de proceso de reporte sobre los progresos realizados a nivel nacional», en las presentes directrices.

Los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida son importantes por dos razones. En primer lugar, pueden ayudar a los países a evaluar la eficacia de su respuesta nacional, y en segundo lugar, al analizar en conjunto los datos de varios países, los indicadores ofrecen información fundamental sobre la eficacia de la respuesta a nivel regional y mundial, y suponen la base de los análisis a nivel regional y mundial de los progresos realizados para lograr los objetivos de 2015. Al mismo tiempo, permiten a cada país comprender comparativamente los esfuerzos de otras respuestas nacionales.

En la página 23 se resumen los cambios introducidos en la presente ronda de notificación con respecto a la ronda de 2014.

Se espera que los países consideren cada indicador a la luz de las dinámicas individuales de su epidemia. En aquellos casos en que un país decida no informar sobre un indicador en particular, se le pide que explique el motivo de esa decisión. Esto posibilitará un análisis que distinga entre una ausencia de datos y la no aplicabilidad de indicadores determinados en epidemias nacionales específicas.

La mayoría de los indicadores nacionales son aplicables a todos los países. Los indicadores de comportamiento relacionados con las poblaciones clave de mayor riesgo son pertinentes en todos los países, independientemente del nivel de prevalencia del VIH. Igualmente, a los países con una baja prevalencia del VIH se les recomienda reunir datos sobre los comportamientos sexuales de los jóvenes como mecanismo para detectar cambios en las tendencias que pudieran influir en la naturaleza de la respuesta nacional en el futuro. No obstante, algunos indicadores solo se aplican a contextos específicos relacionados con la epidemia.

El ONUSIDA recomienda encarecidamente que se usen estos indicadores en el marco de los sistemas nacionales de seguimiento y evaluación. De acuerdo con las necesidades específicas, y si los recursos lo permiten, los países pueden incluir indicadores adicionales en sus planes nacionales de seguimiento.

Cinco de los indicadores nacionales son a la vez indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

- El porcentaje de los jóvenes que viven con el VIH
- El conocimiento que tienen los jóvenes sobre el VIH
- El uso del preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo
- La asistencia escolar por parte de los huérfanos
- La cobertura de la terapia antirretrovírica

Los datos que emplea la División de Estadística de las Naciones Unidas para la elaboración de informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio suelen proceder de la información facilitada por los Estados Miembros a través de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida.

## Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

Al adoptar la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, los países de ingresos altos se comprometieron a informar sobre los progresos realizados en sus respuestas nacionales al VIH. Se sabe que los países de ingresos altos pueden utilizar sistemas de información relativamente complejos y diferentes fuentes de datos que pueden dificultar el cálculo de un único indicador nacional. Sin embargo, esto no elimina la necesidad de obtener datos procedentes de dichos países para efectuar el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración política sobre el VIH y el sida. Los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) han encontrado formas innovadoras de vincular más estrechamente los sistemas de seguimiento del VIH a nivel internacional con las circunstancias regionales.

El ONUSIDA insta a los países de ingresos altos a que se pongan en contacto con la División de Información Estratégica y Monitoreo del ONUSIDA ([AIDSreporting@unids.org](mailto:AIDSreporting@unids.org)), si desean obtener más información técnica sobre la notificación de sus programas locales.



En el presente manual se pueden encontrar definiciones completas de todos los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Dichos indicadores también están disponibles en el Registro de Indicadores del ONUSIDA, en [www.indicatorregistry.org](http://www.indicatorregistry.org). Esta base de datos en línea proporciona definiciones completas de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida y muestra claramente cómo estos indicadores se relacionan con indicadores utilizados por la OMS, el ONUSIDA, el PEPFAR, el Fondo Mundial y otros asociados clave. El Registro de Indicadores incluye asimismo otros indicadores del VIH utilizados a escala nacional. La herramienta de presentación de informes en línea incluye enlaces directos a los indicadores del Registro de Indicadores. Los indicadores pueden exportarse de dicho registro a Excel, Word o PDF.

## IMPLEMENTACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS PROGRESOS A NIVEL NACIONAL

El presente manual contiene directrices detalladas para el desarrollo de cada indicador nacional, entre las que figuran:

- el resumen de lo que mide
- la justificación del indicador
- el numerador, el denominador y el cálculo
- los instrumentos de medición recomendados
- la frecuencia de medición
- los puntos fuertes y débiles del indicador (incluido un resumen de la interpretación del indicador)

### Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición varían según el indicador y son:

- encuestas representativas del país basadas en muestras de la población general
- encuestas de vigilancia del comportamiento
- encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (p. ej. encuestas sobre la cobertura de servicios concretos)
- sistemas de seguimiento de pacientes
- sistemas de información sanitaria
- vigilancia centinela
- estimaciones nacionales del VIH del programa Spectrum

Las fuentes de datos existentes, como la revisión de los registros y del programa por parte de las instituciones sanitarias y escolares, además de la información específica de las actividades de vigilancia y programas de seguimiento del VIH, complementarán los instrumentos principales de medición.

Otra fuente para obtener los denominadores utilizados en el informe GARPR es el paquete informático Spectrum, que permite a los países elaborar estimaciones a nivel de población de las personas que necesitan terapia antirretrovírica, las mujeres que necesitan medicamentos antirretrovíricos y los niños expuestos al VIH que necesitan realizarse pruebas virológicas.

En 2015, el proceso para completar el archivo de Spectrum y presentar los datos del GARPR se realizará de la misma forma que en 2014: simultáneamente a fin de garantizar que los resultados estén armonizados. Los países trabajarán en talleres de formación sobre estimaciones patrocinados por el ONUSIDA, que tendrán lugar en febrero y marzo, para crear y completar los archivos.

*Los archivos finales de Spectrum deberán enviarse al ONUSIDA antes del 31 de marzo de 2015. Los países recibirán en enero de 2015 información sobre las fechas de los talleres regionales e instrucciones sobre la participación.*

Un equipo de expertos nacionales capacitados para introducir datos y utilizar el software se encarga de crear los archivos de Spectrum. Es fundamental que el equipo que complete el instrumento del GARPR utilice las estimaciones más recientes desarrolladas por el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.

Las organizaciones civiles son también una fuente valiosa de información respecto a muchos indicadores, especialmente los relacionados con las intervenciones en las que tienen participación activa las organizaciones no gubernamentales, confesionales y comunitarias. En estas intervenciones se incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las embarazadas.

En muchos países, es probable que las fuentes existentes no aporten el volumen de datos suficiente para desarrollar los indicadores básicos a nivel nacional, lo que posiblemente obligue a adaptar los instrumentos de monitoreo que se tienen o a añadir encuestas específicas. Los países que realizan con regularidad encuestas representativas de la población nacional general, como las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores del sida, obtendrán información importante, incluidos datos sobre el comportamiento de los jóvenes. En los países en que se realizan encuestas demográficas de otro tipo, incluidas las que tienen objetivos no relacionados con el VIH, se pueden adaptar para que suministren información sobre ciertos indicadores básicos.

## Numeradores y denominadores

Las directrices incluyen instrucciones detalladas sobre cómo debe medirse la respuesta nacional en lo que se refiere a cada indicador básico. La mayor parte de los indicadores básicos nacionales utilizan numeradores y denominadores para calcular los porcentajes que miden el estado actual de la respuesta nacional. Se recomienda encarecidamente a los países que presten mucha atención a las fechas que se atribuyen a los datos específicos cuando calculen un indicador. Si los datos utilizados para el numerador y el denominador se recogen en diferentes momentos, la precisión y validez de la información se verá afectada.

Los métodos descritos han sido elaborados para facilitar el desarrollo de estimaciones mundiales a partir de los datos nacionales. Aunque estos métodos pueden aplicarse también en el plano subnacional, quizá resulte más apropiado adoptar enfoques más sencillos, rápidos y flexibles, y acordes a las condiciones locales, que orienten la toma de decisiones por debajo del nivel nacional.

Varios indicadores relacionados con la cobertura de los servicios exigen un denominador basado en toda la población, es decir, no solo en aquellas personas que acuden a las clínicas de salud. Para calcular los indicadores demográficos es preciso estimar el número total de personas que reúnen los requisitos para acceder al servicio. Por ejemplo, para calcular lo cerca que está un país de alcanzar una cobertura de PTMI del 100% es preciso estimar el número total de mujeres embarazadas que viven con el VIH. El ONUSIDA recomienda que los países utilicen el paquete informático Spectrum para calcular los denominadores necesarios para los informes GARPR.

## Desglose de los datos: sexo y edad

Una de las enseñanzas fundamentales extraídas de las rondas previas de informes fue la importancia de obtener los datos desglosados; por ejemplo, separados por sexo y edad. Es crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en forma resumida. Sin el desglose de los datos es difícil hacer el seguimiento de la amplitud y profundidad de la respuesta a la epidemia, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. Igualmente difícil es vigilar el acceso a las actividades, la equidad de dicho acceso, la conveniencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados (sobre todo por sexo y edad) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de seguimiento y evaluación. Si



La herramienta de presentación de informes en línea (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) identifica claramente el desglose de los datos necesarios para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador (véase en la subsección precedente, titulada “Numeradores y denominadores”, la información adicional sobre estos factores). En general, cuando corresponda, todos los datos deben desglosarse por sexo y edad. En respuesta a las dificultades planteadas para la recopilación de datos desglosados, en caso necesario, es posible introducir datos parciales.

es posible, también han de realizarse análisis de la equidad. Las dinámicas de género pueden resultar evidentes a partir de datos epidemiológicos desglosados por sexo y edad, así como mediante indicadores conductuales. Consulte el anexo 6 para sugerencias adicionales sobre el seguimiento general de los avances hacia la igualdad de género mediante la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para garantizar que se obtengan los datos desglosados a escala subnacional, también a nivel de instalaciones y proyectos. Debe prestarse especial atención a hacer un seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones civiles o del sector privado que participen en la respuesta nacional al sida deben entender la importancia de desglosar los datos y el lugar prioritario que corresponde a su recopilación y difusión durante las operaciones en curso.

Cuando no se tenga fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos se puede extraer de repertorios más grandes de datos, aunque la localización de los datos varía de un país a otro. Los países deben procurar la asistencia técnica del sistema de las Naciones Unidas (incluidas las oficinas nacionales del ONUSIDA, de la OMS y del UNICEF), así como de sus asociados para poder acceder a los datos desglosados necesarios para llevar a cabo correctamente las mediciones de los indicadores básicos.

Se alienta a los gobiernos a que busquen más allá de sus recursos internos de información tanto para recopilar como para validar los datos. En muchos casos, las organizaciones de la sociedad civil pueden proporcionar datos primarios y secundarios útiles.

Se recomienda que los países faciliten datos complementarios disponibles que reflejen las dimensiones de género de los indicadores de otras fuentes, incluidos datos cuantitativos y cualitativos recopilados por la sociedad civil, en los cuadros para comentarios de la página de cada indicador. Estos datos adicionales permitirán realizar un análisis situacional integral de los indicadores desde una perspectiva de género.

## Datos subnacionales

Muchos países están mejorando el uso de datos subnacionales para comprender mejor la epidemia y la respuesta. Dichos datos ayudarán a las partes interesadas a conocer mejor la distribución geográfica de las epidemias del VIH y las respuestas en cada comunidad. En 2014, el ONUSIDA publicó un Informe sobre los problemas de las epidemias locales, que analiza las ventajas de los datos localizados ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2559\\_local-epidemics\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2559_local-epidemics_en.pdf)). En 2015, la herramienta de presentación de informes en línea permite que los datos subnacionales se presenten de forma específica para los indicadores 3.1 y 4.1, así como para los datos relacionados con las poblaciones clave (consulte en el siguiente párrafo más información sobre los datos subnacionales para las poblaciones clave).

## Novedad y representatividad de los datos de encuestas

Para calcular los indicadores basados en encuestas de la población general, debe usarse la encuesta nacional representativa más reciente.

*Deberá informar de los nuevos datos disponibles. Si ya ha notificado los últimos datos disponibles en la ronda previa de presentación de informes, no tendrá que hacerlo de nuevo.*

Garantizar la representatividad de las muestras tomadas para las encuestas de los grupos de población clave supone un gran desafío técnico.

Se están elaborando métodos para intentar conseguir un muestreo representativo de dichas poblaciones (p. ej. un muestreo dirigido por los propios encuestados). Aunque se hayan perfeccionado, se sabe que los países tal vez no puedan confiar en la representatividad de las muestras usadas para las encuestas de los grupos de población clave con mayor riesgo de exposición al VIH. Por lo tanto, se recomienda a los países que presenten los datos para estos indicadores usando la encuesta de los grupos de población clave más reciente que haya sido revisada y avalada por expertos técnicos del país, tales como grupos de trabajo técnico de seguimiento y evaluación o consejos nacionales de investigación. Se alienta a los países a presentar todas las encuestas de calidad recientes de grupos de población clave, por establecimiento, con numerador, denominador y métodos aplicados, en las hojas de cálculo Excel facilitadas.

Uno de los desafíos a la hora de desarrollar estimaciones de la carga de la enfermedad y planificar las necesidades de los programas es comprender el tamaño de las poblaciones clave. Se pide a los países que presenten las estimaciones del tamaño de poblaciones clave y que indiquen los métodos y estimaciones específicas a nivel de ciudad o provincia calculadas empíricamente. En la página 51 se ofrece más información. Algunos países que disponen de estimaciones empíricas del tamaño nacional de las poblaciones clave también pueden aportar datos agrupados del programa de prevención. Si un país tiene la capacidad de informar sobre un indicador con datos del programa nacional, el presente año puede hacerlo en el apartado de comentarios.



Los países que necesiten información adicional sobre la implementación deberán solicitar asistencia técnica a los asesores de información estratégica del ONUSIDA, a las oficinas del UNICEF o la OMS y a los grupos de trabajo de seguimiento y evaluación sobre el VIH. También se puede obtener asistencia técnica por parte de los asesores regionales de información estratégica del ONUSIDA, basados en el Equipo de Apoyo Regional. El equipo de la División de Información Estratégica y Monitoreo de la Secretaría del ONUSIDA también está disponible a través del correo electrónico: [AIDSreporting@unaid.org](mailto:AIDSreporting@unaid.org).

## Interpretación y análisis

Las directrices de este manual incluyen una sección sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno de los indicadores básicos a nivel nacional. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la información ya que explica cómo interpretar cada indicador y cualquier cuestión que pueda surgir al respecto. Asimismo, antes de concluir el proceso de notificación y la elaboración del informe descriptivo deben reconsiderarse los aspectos que se plantean en la sección, a fin de confirmar la idoneidad de los resultados para cada indicador.

Muchos de los aspectos que se exponen en la sección sobre los puntos fuertes y débiles tienen por objeto mejorar la exactitud y coherencia de los datos que se presentan al ONUSIDA. Otros puntos de ese apartado proporcionan información adicional sobre el valor de un indicador en particular. Dicha sección reconoce también que se pueden dar variaciones de un país a otro en cuestiones tan diversas como la relación de los costos con el ingreso local, las normas de calidad y las diferencias en los regímenes de tratamientos.

Una vez que los países hayan compilado los datos, se les recomienda encarecidamente seguir analizando los resultados para comprender mejor la respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorar dicha respuesta. Los países deben observar detalladamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas del VIH, el cambio verificable en el comportamiento y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país cuenta con una política de reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, ¿tiene también programas sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Si estos programas están en funcionamiento, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente como para repercutir en el número de bebés que nacen con el VIH en ese país?

Este tipo de vínculos se da en todas las facetas de la respuesta de un país determinado, y muchos de los más importantes quedan reflejados en los indicadores básicos nacionales que se recogen en este manual. Para analizar con eficacia estas relaciones, los países deben basarse en la mayor variedad de datos disponibles, incluida la información cuantitativa y cualitativa del sector público y privado. La confianza excesiva en datos de un solo tipo o de una fuente determinada dificultará la posibilidad de ofrecer la perspectiva o las ideas necesarias para comprender los vínculos e identificar cualquier tendencia que esté surgiendo o ya exista.

## Selección de indicadores

A partir de los conocimientos que tienen de la epidemia local de VIH, los países deberían revisar todos los indicadores para determinar cuáles son aplicables a su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia concentrada entre los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres quizás no tenga que informar sobre los indicadores básicos relacionados con los usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, se recomienda que los países examinen periódicamente la situación para ver si los ejemplos de uso de drogas inyectables son un caso emergente que necesita atención. Además, deberían calcular no solo indicadores específicos para los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, sino también indicadores más amplios (p. ej. conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, relaciones sexuales de alto riesgo entre varones y mujeres y uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo) pertinentes al seguimiento de la propagación del VIH en la población general.

Asimismo, los países con una epidemia generalizada deberían incluir datos sobre tantos indicadores como sea posible para las poblaciones clave más expuestas. Por ejemplo, un país con una epidemia de alta prevalencia puede también tener una subepidemia concentrada entre los usuarios de drogas inyectables, por lo que sería útil calcular y notificar los indicadores relacionados con las poblaciones más expuestas.

Se pide a los países que indiquen la relevancia de cada indicador en la herramienta de notificación en línea, según la situación de la epidemia en el país y si hay datos disponibles. Si se considera que el área es relevante con relación a la epidemia y la respuesta, pero que el indicador en sí no es relevante ni adecuado para el seguimiento de esta cuestión en un país en particular, esto deberá aclararse en los cuadros de texto destinados a comentarios que se pueden encontrar en la herramienta de presentación de informes en línea.

Si un país está utilizando un indicador alternativo para hacer un seguimiento efectivo de esta cuestión concreta, se pueden utilizar los cuadros de comentarios para describirlo (se debe incluir una definición completa y el método de medición), junto con cualquier dato disponible correspondiente al indicador.

## Geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación

A través del mecanismo para la presentación de informes sobre los avances de la respuesta mundial al sida, se pide a los países que presenten datos representativos a nivel nacional. Sin embargo, identificar las zonas geográficas nacionales a las que no llegan los servicios dirigidos a epidemias localizadas de VIH o a las poblaciones específicas más afectadas por la epidemia constituye una oportunidad fundamental para reforzar la eficiencia y la eficacia de las respuestas nacionales al VIH. Se puede conseguir si se anexa información geográfica a los datos de indicadores. La geocodificación vincula los datos de vigilancia y de programas procedentes de diversas fuentes para generar interpretaciones más detalladas de la epidemia de VIH, y con ello facilitar la ejecución de intervenciones específicas y adaptadas allí donde más se necesiten. Para aplicar este enfoque, la recopilación de datos debe orientarse a niveles subnacionales que sean relevantes para los programas. La recopilación de datos ya se está ampliando en muchos países para abarcar niveles geográficos inferiores y poblaciones clave. En la recopilación, el análisis y la difusión de los datos es preciso tener siempre en cuenta la confidencialidad y las consideraciones éticas, a fin de garantizar que los datos geocodificados se utilicen para acercar los servicios relacionados con el VIH a las personas que los necesitan y no exponerlos a daños. Véase el apéndice 6 para consultar más información acerca de la geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación.

Desde la presentación de informes de mediados de 2014, los países deben facilitar datos subnacionales para los indicadores 3.1 y 4.1.

## Función de la sociedad civil

La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil las convierte en asociados ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales sobre los progresos realizados. Particularmente, las organizaciones de la sociedad civil están en una buena posición para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complemente los datos recopilados por los gobiernos. Los comités, consejos o comisiones nacionales del sida o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, redes de personas que viven con el VIH, organizaciones religiosas, mujeres, jóvenes, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores básicos a nivel nacional que fundamentan la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. No está de más insistir en la importancia de lograr la participación del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH. La sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad en el seguimiento y la evaluación de la respuesta de un país al sida.

Los comités nacionales de sida o equivalentes deben brindar a las organizaciones de la sociedad civil un fácil acceso a sus planes de recopilación de datos y a los datos sobre denominadores, así como desarrollar un mecanismo directo para presentar y evaluar la información. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a las organizaciones de la sociedad civil a participar también en talleres de alcance nacional para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de presentación de informes nacionales. Además, debe darse a los representantes de la sociedad civil de cada país suficientes oportunidades para revisar y comentar datos antes de que el informe nacional se considere terminado y se entregue. Asimismo, el informe que se presente al ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para garantizar que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

Los miembros del personal del ONUSIDA de cada país están preparados para facilitar la aportación de la sociedad civil durante todo el proceso. En especial, están preparados para:

- informar a las organizaciones de la sociedad civil acerca de los indicadores y el proceso de preparación de informes;
- brindar asistencia técnica en la recopilación, análisis y notificación de los datos, incluido el apoyo específico a las personas que viven con el VIH;
- garantizar la difusión de los informes, cuando sea posible, en los idiomas nacionales.

El ONUSIDA aceptará informes paralelos de la sociedad civil, tal y como sucedió en rondas anteriores. Cabe señalar que los informes paralelos no pretenden convertirse en un proceso alternativo de elaboración de informes de la sociedad civil. El ONUSIDA promueve la integración de la sociedad civil en los procesos de elaboración de informes nacionales, siempre y cuando sea posible, tal como se ha descrito. El propósito de los informes paralelos es ofrecer un punto de vista alternativo cuando se considere que la sociedad civil no ha sido incluida como corresponde en el proceso de preparación de informes nacionales, o cuando los gobiernos no presenten un informe nacional sobre los progresos realizados, o cuando los datos suministrados por el gobierno difieran considerablemente de los recopilados por la sociedad civil en su seguimiento del progreso realizado por el gobierno en la prestación de servicios.

## Contenido del informe

Se espera que en 2014 los países entreguen un informe detallado de todos los indicadores nacionales relacionados con su respuesta. Los gobiernos nacionales son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo de la sociedad civil y sus asociados para el desarrollo. Los procedimientos mencionados en el presente manual han de seguirse a fin de recopilar y calcular la información necesaria para cada indicador.

Asimismo, se pide a los países que, siempre que sea posible, presenten copias de los informes primarios de los que se extrajeron los datos correspondientes a los distintos indicadores, o enlaces a dichos informes. Estos informes pueden presentarse a través de la herramienta de notificación en línea, lo que facilitará el análisis de los datos, como el análisis de las tendencias y las comparaciones entre países.

Como ya se ha señalado, y con arreglo a los requisitos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH, debe participar en la preparación del informe nacional sobre los progresos realizados. Asimismo, se ha de dar al sector privado una oportunidad similar de participación en el proceso de preparación de informes. El ONUSIDA recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales organicen un taller o foro donde se presenten y analicen abiertamente los datos antes de su presentación. Los equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida están disponibles en la mayoría de los países para facilitar este proceso de diálogo.

Los datos sobre los indicadores se darán a conocer después de un proceso de depuración, validación y conciliación de datos en [www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org).



Si hay alguna duda, se recomienda a los países que se dirijan al ONUSIDA en su país o en Ginebra por correo electrónico: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org). Se publicará la información actualizada acerca de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en el sitio web del ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>.



Se ruega a los países que presenten sus datos usando la herramienta de presentación de informes en línea que se puede encontrar en <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Cada país tiene asignado un coordinador nacional que será responsable de acceder a dicha herramienta y de introducir la información correspondiente a su país que figurará en el informe. Los países pueden añadir o asignar varios relatores en caso de que los datos procedan de varias fuentes y estructuras de presentación de informes.

## Directrices para el envío

Los países que necesiten información adicional sobre la herramienta de notificación y los mecanismos de presentación deberían solicitar asistencia técnica a los asesores de información estratégica del ONUSIDA, y a los grupos de trabajo de seguimiento y evaluación del VIH en sus países. La División de Información Estratégica y Monitoreo, ubicada en la Secretaría del ONUSIDA, también puede suministrar apoyo, y está disponible a través del correo electrónico: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

Para facilitar el contacto con el ONUSIDA en Ginebra durante el proceso de preparación de informes y el seguimiento, se ruega a los países que faciliten cuanto antes y por correo electrónico el nombre y la información de contacto de la persona responsable de la presentación de los datos: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## Herramienta de presentación de informes

Los relatores de los países podrán acceder a la herramienta de presentación de informes utilizando las mismas credenciales que emplearon en la ronda de informes previa. Los nuevos relatores de cada país deberán crear un nombre de usuario y una contraseña. En función de las comunicaciones oficiales con el país, en principio se asigna un editor de datos por país, pero el relator nacional puede ampliar los derechos de edición a otras personas si así lo desea. Los editores pueden añadir o modificar la información que va a ser presentada. Al igual que en los últimos años, el relator nacional también puede autorizar a otras personas para que vean los datos y permitir así una consulta nacional más amplia. Los observadores pueden ver dicha información, pero no pueden realizar ningún cambio. Se ofrece más información a este respecto en los tutoriales en línea sobre cómo utilizar la herramienta de presentación de informes en la página de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

Como ya se ha mencionado anteriormente, si los países no presentan datos sobre un indicador, es necesario que indiquen si esto se debió a una ausencia de datos relevantes, o a que el indicador no se consideró relevante para la epidemia. Los cuadros de comentarios deben utilizarse para incluir notas explicativas breves que indiquen cómo se calcularon el numerador y el denominador, y que evalúen la exactitud de los datos desglosados y los datos compuestos. Para la revisión a escala nacional, también se pueden imprimir los datos como un archivo, en caso necesario.

Los progresos en la presentación de informes pueden evaluarse en la página principal, que permite consultar el porcentaje o el número de indicadores que se va a responder. Además de introducir los datos del año actual, los países podrían solicitar, si es necesario, la modificación de los datos de años anteriores. Para ello deberán utilizar también la herramienta en línea.

Para finalizar la introducción de datos se pulsará el botón “enviar”. De esta forma, el país cierra la sesión en la herramienta de presentación de informes en línea, y no podrá realizar ningún cambio ni añadir nada a su informe presentado a través de esta herramienta. El ONUSIDA revisará los datos y pedirá aclaraciones si fuera necesario. Si hay alguna pregunta acerca de los datos, el sitio web se volverá a abrir para que los países puedan editar las respuestas.

Cualquier problema relacionado con la herramienta de presentación de informes en línea puede notificarse a [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## Presentación conjunta de la OMS y el UNICEF sobre indicadores del sector de la salud

Para minimizar la carga que supone la tarea de notificación, así como para facilitar el proceso de entrega de los informes, tanto la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida como los indicadores del sector de la salud de la OMS y del UNICEF se recopilarán, al igual que en la ronda de notificación anterior, a través de la misma herramienta de notificación electrónica.

Los indicadores suplementarios del sector de la salud se incluyen en la segunda parte del presente manual.

Si tiene alguna pregunta específica relacionada con los indicadores suplementarios, escriba un correo electrónico a: [hivstrategicinfo@who.int](mailto:hivstrategicinfo@who.int).

## Presentación de datos

Los datos de los indicadores deben presentarse en línea antes del 31 de marzo de 2015. El equipo nacional de estimaciones sobre el VIH deberá cargar el archivo de Spectrum en la carpeta designada (según lo indicado por el equipo de estimaciones sobre el VIH del ONUSIDA) antes del 31 de marzo de 2015. Para resolver cualquier duda acerca de dónde se debe cargar el archivo, póngase en contacto con: [estimates@unaids.org](mailto:estimates@unaids.org).

Los datos de los indicadores deben introducirse en línea y el informe descriptivo deberá cargarse en el sitio web de presentación de informes (<https://aidsreportingtool.unaids.org>). Esto facilitará enormemente el procesamiento de los datos y minimizará la posibilidad de cometer errores.

## El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias

Notificar la totalidad de los indicadores básicos resulta esencial para que la presentación de informes contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se insta a los países a establecer plazos y fechas clave para concluir las tareas necesarias. A continuación se detallan las acciones necesarias para elaborar el informe.

Bajo la dirección del Comité Nacional del Sida o su equivalente, los países deben llevar a cabo las siguientes tareas:

1. Identificar a la persona que coordinará el proceso de presentación de informes y enviar el nombre y la información de contacto al ONUSIDA en Ginebra al siguiente correo electrónico: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

2. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación con los indicadores de los avances en la respuesta mundial al sida; desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos, que indique los plazos y las funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otros organismos gubernamentales y de la sociedad civil.
3. Identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos, incluida una reunión con el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.
4. Garantizar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos.
5. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
6. Analizar los datos en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
7. Trabajar con los archivos provisionales del Spectrum para completar los datos de denominadores.
8. Calcular las estimaciones de cobertura de la TAR y la PTMI utilizando denominadores procedentes de actualizaciones y archivos de Spectrum revisados.
9. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, formulen comentarios sobre el borrador del informe.
10. Introducir los datos en el sitio web para la presentación de informes mundiales en línea (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
11. Cargar el archivo final de Spectrum en la carpeta de estimaciones nacionales designada.
12. Enviar los datos de los indicadores antes del 31 de marzo de 2015.
13. Responder puntualmente a las preguntas del ONUSIDA, la OMS o el UNICEF.

Es importante que los datos notificados sean validados y conciliados entre todos los asociados a nivel nacional. Este proceso se apoya en la herramienta de notificación en línea, pues permite compartir las credenciales de los observadores con las partes interesadas del país. Varios países han señalado que esta función ha permitido que muchos asociados de la sociedad civil y de otro tipo vean y faciliten datos durante el proceso de notificación, y de ese modo ha permitido que el proceso de consulta y validación con las partes interesadas sea más rápido y más detallado.

En el apéndice 3 se incluye una lista de comprobación resumida para preparar y presentar el informe nacional sobre los progresos realizados.

## RESUMEN DE LOS CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA DE 2015

La presentación de informes en 2015 solo requiere la presentación de indicadores básicos y un informe descriptivo de los avances en el país. No se necesita presentar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN).

### **A continuación se resumen los cambios introducidos en la presente ronda de notificación con respecto a la ronda de 2014:**

- Para todos los indicadores sobre poblaciones clave (1.7-1-14 y 2.1-2.5) se ha añadido el requisito de presentar un desglose por área administrativa en el campo de comentarios si los datos son subnacionales. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas disponible utilizando la herramienta para subir archivos.
- Desde la presentación de informes a mediados de 2014, se pide a los países que faciliten cualquier dato subnacional disponible para los indicadores 3.1 y 4.1. Consulte la sección sobre el desglose para más información sobre estos indicadores.
- El indicador 6.1 incluye un marco conceptual de la Matriz de Financiación Nacional ajustado, con una clasificación de los programas de sida revisada y una nueva Matriz de Financiación Nacional. Estas modificaciones han tenido lugar a fin de que la información generada sea más relevante para las políticas y para mejorar la información sobre indicadores básicos creados con el objetivo de cubrir los 10 objetivos de la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.
- En el indicador 7.1 de la herramienta de presentación de informes en línea se incluye un cuadro de comentarios adicionales para que los países presenten cualquier dato disponible sobre la violencia basada en el género contra mujeres, hombres y poblaciones clave, incluidas personas que viven con el VIH.
- El indicador 8.1 ofrece una medida importante de la prevalencia de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH. Para realizar una evaluación más completa de los avances en la eliminación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH y del éxito o fracaso de las iniciativas para reducir dicho estigma, es importante medir también otros dominios relacionados. Por eso se han añadido en el indicador 8.1 referencias a otros indicadores nuevos que pueden respaldar estas iniciativas, aunque no forman parte oficial de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida.
- Se ha actualizado el indicador 10.2 con más información sobre el método de medición.
- Se ha añadido un apéndice sobre “Directrices para supervisar los avances en la eliminación de las desigualdades de género” (Apéndice 7).
- Se pide un informe descriptivo (para más información, véase el apéndice 1).
- No es necesario presentar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN).

### **Cuestiones clave nuevas en la ronda de notificación de 2013 y 2014 que se mantienen sin cambios en la ronda de notificación de 2015**

- Al igual que en las últimas tres rondas de presentación de informes, no es necesario volver a introducir los datos de encuestas que no hayan sido actualizados desde la última ronda de notificación (que será la de 2012, 2013 o 2014, según cuándo se presentase el último informe), (es decir, los indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.22, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 8.1 10.1, 10.2).

- Se siguen incluyendo los dos indicadores sobre la prevalencia de la circuncisión masculina y el número de hombres circuncidados que se añadieron en 2013 para los 16 países con una alta prevalencia del VIH y con bajo índice de circuncisiones masculinas (indicadores GARPR 1.22 y 1.23, que se pueden encontrar en el apéndice 5).
- La condición de transgénero como un posible desglose para los profesionales del sexo (indicadores 1.7, 1.8, 1.9 y 1.10), introducida en la ronda de notificación de 2014, todavía está disponible.
- En la ronda de presentación de informes de 2014, el indicador sobre la prevención maternoinfantil (indicador 3.1) se había reformulado para clarificar los desgloses y los vínculos con Spectrum. El indicador para medir la cobertura de la PTMI durante la lactancia se añadió directamente después de este indicador (con la etiqueta de indicador 3.1a).
- El indicador para la cobertura del tratamiento antirretrovírico (indicador 4.1) tiene el mismo denominador de 2014, que incluye a todas las personas que viven con el VIH, no solo a quienes son elegibles para el tratamiento. Asimismo, el desglose de los que han iniciado por primera vez el tratamiento en los últimos 12 meses todavía está disponible como en 2014.
- Al igual que en la presentación de informes de 2014, el indicador sobre la retención en el tratamiento antirretrovírico a los 12 meses (indicador 4.2) incluye posibles desgloses en función del estado de embarazo y lactancia al inicio.
- Se mantiene el cambio en el indicador para la gestión conjunta del tratamiento de la tuberculosis y el VIH que aparecía en los informes de 2014 (indicador 5.1), en el que “adultos” fue sustituido por “adultos y niños” en el numerador y “avanzada” fue eliminado de “infección por el VIH avanzada”.
- El indicador sobre actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH (indicador 8.1) se mantiene dentro de la meta 8.
- Se incluye en estas directrices la notificación conjunta de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida y de los indicadores del sector de la salud de la OMS y el UNICEF. Los indicadores suplementarios del sector de la salud se encuentran en la segunda parte del presente manual.

## EL FUTURO DE LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA

2015 es el año límite para la mayoría de las metas, tanto de la Declaración política sobre el VIH y el sida de 2011, como de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El mundo se está preparando para el proceso más amplio de fijar Metas de Desarrollo Sostenible, y la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA ya adoptó un nuevo objetivo para poner fin a la epidemia de sida en junio de 2014: ya se han fijado varias metas programáticas (véase Acción Acelerada: Acabar con la Epidemia de Sida para 2030, ONUSIDA 2014).

Para garantizar que los datos sigan siendo pertinentes y útiles, el marco de seguimiento global de la epidemia de sida y su respuesta se revisará en 2015 a fin de evaluar su utilidad en el futuro y realizar recomendaciones para un nuevo marco para 2020 (y 2030). Esta revisión también estará relacionada con la armonización de la presentación de informes sobre salud, coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La revisión también se basará en la “Guía consolidada de información estratégica sobre el VIH para el sector de la salud”, elaborada por el departamento de VIH de la OMS. Este proceso finalizará a finales de 2015, y sentará las bases para decisiones sobre mecanismos de seguimiento y metas para 2016 y más allá.

## LISTA COMBINADA DE CONJUNTO DE INDICADORES DE GARPR Y ACCESO UNIVERSAL (GARPR; INFORMES SOBRE LOS AVANCES DE LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA, AU; ACCESO UNIVERSAL, DD; DECLARACIÓN DE DUBLÍN)

Los indicadores individuales pueden usarse para hacer un seguimiento de más de un objetivo.

### Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

#### *Indicadores para la población general*

- 1.1 Personas jóvenes: conocimiento sobre la prevención de la infección VIH (GARPR)
- 1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (GARPR)
- 1.3 Múltiples parejas sexuales (GARPR)
- 1.4 Uso del preservativo en la última relación sexual entre personas con múltiples parejas sexuales (GARPR)
- 1.5 Prueba de detección del VIH en la población general (GARPR)
- 1.6 Prevalencia del VIH en jóvenes (GARPR)

#### *Indicadores para los profesionales del sexo*

- 1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención (GARPR)
- 1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo (GARPR, AU, DD)
- 1.9 Prueba de detección del VIH en profesionales del sexo (GARPR, AU, DD)
- 1.10 Prevalencia de la infección por el VIH en profesionales del sexo (GARPR, AU, DD)

#### *Indicadores para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres*

- 1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: programas de prevención (GARPR)
- 1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: uso del preservativo (GARPR, AU, DD)
- 1.13 Prueba de detección del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (GARPR, AU, DD)
- 1.14 Prevalencia de la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (GARPR, AU, DD)

#### *Pruebas de detección del VIH y orientación conexas*

- 1.15 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH (AU)
- 1.16 Asesoramiento y pruebas del VIH entre mujeres y hombres (AU)
  - 1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensan estuches de pruebas rápidas para la detección del VIH que sufrieron desabastecimientos en los últimos 12 meses (AU)

### *Infecciones de transmisión sexual*

- 1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS) (AU)
  - 1.17.1 Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis (AU)
  - 1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para la sífilis (AU)
  - 1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento (AU)
  - 1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa (AU)
  - 1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con sífilis activa (AU)
  - 1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses (AU)
  - 1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses (AU)
  - 1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses (AU)
  - 1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses (AU)
  - 1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses (AU)
- 1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados (OPS solamente)
- 1.19 Diagnósticos de casos de VIH y sida (AU)
  - 1.19.1 Número de casos de VIH diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014 (AU)
  - 1.19.2 Número de casos de sida diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014 (AU)

### *Circuncisión masculina*

- 1.22 Prevalencia de la circuncisión masculina (GARPR, AU)
- 1.23 Número de hombres circuncidados por año (GARPR, AU)

## **Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables para el 2015**

- 2.1 Personas que consumen drogas inyectables: programas de prevención (GARPR, AU, DD)
- 2.2 Personas que consumen drogas inyectables: uso del preservativo (GARPR, AU)
- 2.3 Personas que consumen drogas inyectables: prácticas seguras de inyección (GARPR, AU)

- 2.4 Prueba de detección del VIH en personas que consumen drogas inyectables (GARPR, AU, DD)
- 2.5 Prevalencia de la infección por el VIH en 4 personas que consumen drogas inyectables. (GARPR, AU, DD)
- 2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (AU)
- 2.7 Número de centros de distribución de agujas y jeringas, y de tratamiento de sustitución de opiáceos (AU)

### Objetivo 3. Eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre niños para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

- 3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil (GARPR, AU)
  - 3.1a Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia (GARPR, AU)
- 3.2 Diagnóstico temprano en los lactantes (GARPR, AU)
- 3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada) (GARPR, AU)
  - 3.3a Transmisión maternoinfantil del VIH (datos programáticos)
- 3.4 Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron el resultado (AU)
- 3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses (AU)
- 3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas que se evaluaron para determinar si reunían los criterios para el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4 (AU)
- 3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (AU)
- 3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida (AU)
- 3.10 Distribución de resultados de los lactantes expuestos al VIH (AU)
- 3.11 Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación (AU)
  - 3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que interrumpieron el embarazo (EURO8)
  - 3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)
- 3.12 Centros de atención prenatal y de diagnóstico infantil precoz (AU)

- 3.13 Indicador específico para Europa sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil en embarazadas que consumen drogas inyectables
  - 3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables (EURO11)
  - 3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)
  - 3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo (EURO13)

#### Objetivo 4. Facilitar tratamiento antirretroviral vital a 15 millones de personas que viven con el VIH para 2015

- 4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral (GARPR, AU, DD)
  - 4.2a Tratamiento de la infección por el VIH: 12 meses de retención en el tratamiento (GARPR, AU)
  - 4.2b Tratamiento de la infección por el VIH: 24 meses de retención en el tratamiento (AU)
  - 4.2c Tratamiento de la infección por el VIH: 60 meses de retención en el tratamiento (AU)
    - 4.2.1 Porcentaje de personas que consumen drogas inyectables y que son seropositivas que siguen con vida y en tratamiento a los 12, 24 y 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)
- 4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (AU)
- 4.4 Desabastecimiento de antirretrovirales (AU)
- 4.5 Diagnóstico tardío de la infección por el VIH (AU)
- 4.6 Atención de la infección por el VIH (AU)
- 4.7 Supresión de la carga viral (AU)

#### Objetivo 5. Reducir en un 50 % el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para el 2015

- 5.1 Tratamiento combinado de la infección por el VIH y la tuberculosis (GARPR, AU)
- 5.2 Porcentaje de personas que viven con el VIH incorporados por primera vez en la atención con tuberculosis activa (AU)
- 5.3 Porcentaje de personas viviendo con VIH incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH (que han iniciado la terapia preventiva con isoniazida) (AU)
- 5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la consulta más reciente (AU)

Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios

6.1 Gasto en sida (GARPR, DD)

Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades en materia de género

7.1 Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de una pareja íntima (GAPRP)

Objetivo 8. Eliminación del estigma y la discriminación

8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH (GAPRP)

Objetivo 9. Eliminar las restricciones a los viajes

Objetivo 10. Fortalecimiento de la integración del VIH

10.1 Asistencia de niños huérfanos a la escuela (GAPRP)

10.2 Apoyo económico externo para los hogares elegibles más pobres (GAPRP)

Políticas gubernamentales sobre el VIH y el sida

P.1 Preguntas políticas y programáticas



## OBJETIVO 1. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA EL 2015

---

### *Población general*

- 1.1 *Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.\**
- 1.2 *Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.*
- 1.3 *Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.*
- 1.4 *Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.\**
- 1.5 *Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.*
- 1.6 *Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH.\**

### *Profesionales del sexo*

- 1.7 *Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH.*
- 1.8 *Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente.*
- 1.9 *Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.*
- 1.10 *Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH.*

### *Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*

- 1.11 *Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH.*
- 1.12 *Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.*
- 1.13 *Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.*
- 1.14 *Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH.*

\*Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

---

## 1.1 Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

---

*Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*

---

### Qué mide

El avance hacia el conocimiento universal de los datos esenciales relacionados con la transmisión del VIH.

### Justificación

La epidemia del VIH se perpetúa principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a las generaciones sucesivas de jóvenes. Un sólido conocimiento sobre el VIH y el sida es un requisito esencial, si bien, en ocasiones, insuficiente, para adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de la transmisión del VIH.

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas: <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja que no ha contraído el VIH y que no tiene otras parejas?</li><li>2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?</li><li>3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?</li><li>4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?</li><li>5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona seropositiva?</li></ol>
Frecuencia de medición:	Preferiblemente: cada dos años; mínimo: cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad (15-19 y 20-24)</li></ul>

## Aclaración sobre el numerador

Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 hacen referencia a ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país en cuestión. Por ejemplo: “¿Se puede contraer el VIH al abrazar o estrechar la mano de una persona seropositiva?” y “¿Se puede contraer el VIH a través de medios sobrenaturales?”

Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y del sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Si se responde “no sé”, esa respuesta ha de marcarse como incorrecta.

Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.

## Puntos fuertes y débiles

La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede ser seropositiva es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas seropositivas. Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se transmite por medio de las picaduras de mosquito puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el VIH puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma al que se enfrentan las personas que viven con el VIH.

Este indicador es particularmente útil en países donde los conocimientos sobre el VIH y el sida son escasos, porque facilita la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo. Sin embargo, es importante también en otros países, porque puede ayudar a lograr que se mantengan niveles altos de conocimiento donde ya existen.

## Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

### 1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años

---

*Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados para retrasar la edad a la que las mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años mantienen su primera relación sexual.

## Justificación

Un objetivo muy importante de muchos países es retrasar la edad a la que los jóvenes tienen su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial porque así se reduce el posible riesgo de exposición al VIH. También hay pruebas de que posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por acto sexual, al menos en las mujeres.

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los de 15 años.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Se pregunta a los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad (15-19 y 20-24)</li></ul>

## Puntos fuertes y débiles

En los países en los que muy pocos jóvenes tienen relaciones sexuales antes de los 15 años puede optarse por usar un indicador alternativo: el porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 20 a 24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años. La ventaja de usar la edad de la primera relación sexual que declaran los jóvenes (en lugar de la media) es que el cálculo es sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.

Es difícil vigilar los cambios en este indicador en un período breve, porque los únicos individuos que pueden influir en el numerador son los que ingresan en el grupo, es decir, los que tienen menos de 15 años al comienzo del período de evaluación. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, quizá es mejor centrarse en los cambios que se dan en los niveles del grupo de edad de los 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.

En los países en los que los programas de prevención del VIH promueven la virginidad o el aplazamiento de la primera relación sexual, las respuestas de los jóvenes o las preguntas de la encuesta pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberadamente falsa de la edad de su primera relación sexual.

## Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

### 1.3 Múltiples parejas sexuales

---

*Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses*

---

#### Qué mide

El progreso en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas.

#### Justificación

La propagación del VIH depende en gran medida de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen un gran número de parejas. Las personas que tienen múltiples parejas tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no forman parte de una red sexual amplia.

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el período de los últimos 12 meses.
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)</li></ul>

#### Puntos fuertes y débiles

Este indicador ofrece una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo. Si las personas tienen una sola pareja sexual, el cambio se verá reflejado en variaciones en este indicador. Sin embargo, si las personas se limitan a reducir el número de parejas sexuales que tienen, el indicador no reflejará el cambio, aunque este hecho podría tener un impacto significativo en la propagación epidémica del VIH y puede considerarse un éxito del programa. Tal vez sea necesario seleccionar indicadores adicionales para reflejar la reducción de las parejas múltiples en general.

#### Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

## 1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual

---

*Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*

---

### Qué mide

Los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen múltiples parejas sexuales.

### Justificación

El uso del preservativo es una medida importante de protección contra el VIH, especialmente entre personas con múltiples parejas sexuales.

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el período de los últimos 12 meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.
Frecuencia de medición:	De 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años</li></ul>

### Puntos fuertes y débiles

Este indicador muestra el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo (p. ej. que cambian de pareja habitualmente). Sin embargo, el significado del valor de cualquier indicador dependerá del grado en que las personas mantengan relaciones sexuales. Por lo tanto, los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año.

Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su uso es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual no informa sobre el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo de preguntar si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones sexuales con parejas ocasionales dentro de un período determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático.

## Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

### 1.5 Las pruebas del VIH en la población general

---

*Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.

#### Justificación

Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años. En el denominador también se incluyen los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH o del sida.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Se les pregunta a los encuestados: 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

Frecuencia de medición:	Cada 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

La afirmación inicial de “No quiero saber los resultados, pero.” hace que el proceso de notificación sea mejor y reduce el riesgo de tener información escasa sobre las pruebas del VIH entre personas que no desean revelar su estado serológico.

Conocer el resultado de la prueba del VIH realizada en los últimos 12 meses no garantiza que el entrevistado sepa su estado serológico actual. Puede que un entrevistado haya contraído el VIH después de hacerse la última prueba.

## Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

### 1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes

---

*Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH.

#### Justificación

El objetivo de la respuesta al VIH es reducir la infección por el VIH. Sin embargo, dada la actual incapacidad para medir de forma fiable la incidencia del VIH en una encuesta transversal, son necesarias medidas de aproximación de la incidencia del VIH.

La prevalencia del VIH en cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que han contraído el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresada como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración media de la infección es prolongada. Los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. Los aumentos en la prevalencia del VIH pueden reflejar un mayor número de personas que reciben terapia antirretrovírica, y viven más tiempo. Sin embargo, en los jóvenes, las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo,

puesto que es probable que los jóvenes hayan empezado recientemente su comportamiento sexual o a usar drogas inyectables. Además, no es probable que los jóvenes que hayan contraído el VIH recientemente hayan iniciado una terapia antirretrovírica. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años (o incluso de 15 a 19 años si es posible realizar este desglose). Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH.

Tipo de epidemia: Países con epidemias generalizadas.

Numerador: Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.

Denominador: Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Directrices de la OMS y el ONUSIDA para la vigilancia centinela del VIH. Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los centros de asistencia prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y zonas rurales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de medición: Anual

Desglose: Ninguno

## Puntos fuertes y débiles

En países en los que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de anti-concepción son altos, la prevalencia del VIH en embarazadas de 15 a 24 años difiere de la correspondiente al total de mujeres del mismo grupo de edad. Si las pautas de fertilidad cambian, esta tendencia puede estar sesgada si las mujeres que viven con el VIH toman otras decisiones en relación con su fertilidad.

Este indicador (que usa datos de centros de asistencia prenatal) proporciona una estimación bastante buena de las tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en lugares donde la epidemia se propaga sobre todo por vía heterosexual. Es menos fiable como indicador de las tendencias de la infección por el VIH si la mayor parte de las infecciones se encuentra principalmente entre las poblaciones clave.

Para complementar los datos de los centros de asistencia prenatal, un número creciente de países ha incluido las pruebas del VIH en las encuestas demográficas. Si un país ha producido estimaciones de la prevalencia del VIH a partir de los datos de las encuestas, estas estimaciones deben ser incluidas en

el cuadro de comentarios para posibilitar las comparaciones entre varias encuestas. Las estimaciones de la encuesta deben estar desglosadas por sexo.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparar los valores. Por esto, en el momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

A medida que los niños que contrajeron el VIH por la transmisión materno-infantil llegan a la edad reproductiva, este indicador resulta más difícil de interpretar. Los países deben recopilar información sobre el momento de la infección para las mujeres con un estado seropositivo conocido a fin de excluirlas de los análisis de tendencias.

## Más información

Para obtener más información, consulte el siguiente enlace:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118\\_Methodology.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118_Methodology.pdf)

## 1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención

---

*Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica de elementos básicos de los programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo.

### Justificación

A menudo es difícil llegar a los profesionales del sexo con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH y del sida en este grupo y en la población general es importante que tengan acceso a estos servicios.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, deberían calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador: Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas.

Denominador: Número total de profesionales del sexo entrevistados.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los profesionales del sexo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?</li> <li>2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (p. ej. a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de salud sexual).</li> </ol> <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con este grupo.</p> <p>El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo (mujer, hombre, transgénero)</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej. a través de programas de divulgación y de la educación entre pares), el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Para más información sobre los elementos de programas integrales de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo, véanse las Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si dispone de datos sobre otro período, como los últimos tres o seis meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

En anteriores rondas de notificación, varios países informaron de la prevalencia del VIH entre subpoblaciones de mujeres transgénero a través del apartado de comentarios adicionales en la herramienta de presentación de informes en línea del GARPR. Ello demuestra que los datos pueden obtenerse en diferentes entornos.

Además de los datos que se han pedido anteriormente, notifique los datos del programa, si están disponibles para este indicador, mediante el cuadro de texto que figura en la plataforma de presentación de informes en línea.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People.* MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo

---

*Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.

### Justificación

Hay varios factores que aumentan el riesgo de exposición al VIH en los profesionales del sexo, incluidas las parejas múltiples ocasionales y las relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, los profesionales del sexo pueden reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, tanto de los clientes hacia ellos como a la inversa, mediante el uso sistemático y correcto del preservativo.

Nota: los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada entre profesionales del sexo. En tal caso, sería útil que calcularan este indicador para esas poblaciones e informaran al respecto.

Numerador:	Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente.
Denominador:	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantea la siguiente pregunta a los entrevistados: ¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente? Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con este grupo. El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo (mujer, hombre, transgénero)</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su empleo es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual sobrestima el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo —preguntar si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un período determinado— está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente suele reflejar la tendencia a su empleo sistemático.

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales pagadas en los últimos 12 meses. Si dispone de datos sobre otro período, como los últimos tres o seis meses, inclúyalos en la sección de comentarios de la herramienta de notificación de informes.

Encuestar a profesionales del sexo puede ser difícil. Por ello, es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de las poblaciones clave más expuestas que se hayan encuestado. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

En anteriores rondas de notificación, varios países informaron de la prevalencia del VIH entre subpoblaciones de mujeres transgénero a través del apartado de comentarios adicionales en la herramienta

de presentación de informes en línea del GARPR. Ello demuestra que los datos pueden obtenerse en diferentes entornos.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People.* MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 1.9 Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo

---

*Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.

### Justificación

Es importante que los profesionales del sexo conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismos como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento. Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, deberían calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador:	Número de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.
Denominador:	Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra.
Cálculo:	Numerador / Denominador

Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los profesionales del sexo: 1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba? Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con este grupo. El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo (mujer, hombre, transgénero)</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

Puede resultar difícil hacer un seguimiento de los profesionales del sexo para medir los progresos realizados, puesto que se trata de poblaciones con mucha movilidad, a las que no es fácil tener acceso, y que muchas veces se mantienen ocultas. Así pues, el informe descriptivo debería incluir información sobre la naturaleza de la muestra para facilitar la interpretación y el análisis en el futuro.

En anteriores rondas de notificación, varios países informaron de la prevalencia del VIH entre subpoblaciones de mujeres transgénero a través del apartado de comentarios adicionales en la herramienta de presentación de informes en línea del GARPR. Ello demuestra que los datos pueden obtenerse en diferentes entornos.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Este indicador es más significativo en entornos donde la ampliación de las pruebas es relativamente reciente. Esta definición del indicador considerará «no cubiertas» a las personas que se realizaron las pruebas hace más de 12 meses y que saben que son positivas. Lo ideal es que las encuestas pregunten por qué los entrevistados no se realizaron pruebas en los últimos 12 meses. Si afirman que saben que su estado es seropositivo, no deben incluirse en el denominador. Este indicador cambiará formalmente después de 2015. Se pide a los países que puedan hacerlo que informen respecto a este

indicador, pero que omitan a las personas seropositivas del denominador y que indiquen que así lo han hecho en el apartado de comentarios.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Ginebra, ONUSIDA, 2007.*

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal. Ginebra, ONUSIDA, 2007.*

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).*

### 1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

---

#### *Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo.

#### Justificación

Los profesionales del sexo suelen tener una mayor prevalencia del VIH que la población general, tanto en epidemias concentradas como generalizadas. En muchos casos, la prevalencia entre estas poblaciones duplica a de la población en general. La reducción de la prevalencia entre los profesionales del sexo es una medida fundamental dentro de la respuesta nacional al VIH.

Los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada entre los profesionales del sexo. En tal caso, es oportuno calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador:	Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo.
Denominador:	Número de profesionales del sexo que se sometieron a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador

Método de medición:	<p>Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD: directrices entre las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).</p> <p>Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p>
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo (mujer, hombre, transgénero)</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de los profesionales del sexo para la evaluación del impacto del programa de prevención, es conveniente no analizar únicamente a los jóvenes, sino informar sobre las personas con nuevos comportamientos que les exponen a contraer el VIH (p. ej. limitando el análisis a las personas que practican el comercio sexual desde hace menos de un año). Asimismo, este tipo de análisis tiene la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que se haya practicado el comercio sexual (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

Debido a las dificultades que plantea el acceso a los profesionales del sexo, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más significativos que en los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a centros de asistencia prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, será preciso tenerlas en cuenta al interpretarlos.

Para interpretar este indicador resulta esencial saber cómo se relacionan las poblaciones de la muestra con poblaciones más amplias que muestren comportamientos de riesgo similares. El período durante el cual las personas pertenecen a una población clave está más estrechamente asociado que la edad al riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar sobre otros grupos de edad.

Las tendencias en la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparar los valores. Por esto, en el momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

En anteriores rondas de notificación, varios países informaron de la prevalencia del VIH entre subpoblaciones de mujeres transgénero a través del apartado de comentarios adicionales en la herramienta de presentación de informes en línea del GARPR. Ello demuestra que los datos pueden obtenerse en diferentes entornos.

## Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

*Directrices revisadas sobre el seguimiento del VIH en las poblaciones clave con mayor riesgo: Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf))*

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).*

### 1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención

---

*Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

#### Justificación

A menudo es difícil llegar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH y del sida

en estas poblaciones y en la población en general, es importante que dispongan de acceso a estos servicios.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, deberían calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador:	Número de HSH que respondieron "sí" a ambas preguntas.
Denominador:	Número total de HSH encuestados.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (p. ej. a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de salud sexual). Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Siempre que sea posible, los datos referentes a los HSH deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	Edad (<25/25+)

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones. El conjunto de intervenciones clave antes descrito debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que también incluya elementos tales como la difusión de mensajes de prevención del VIH (p. ej. a través de programas de divulgación y de la educación entre pares),

el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Para más información sobre los elementos de programas integrales de prevención del VIH dirigidos a poblaciones clave de mayor riesgo, véanse las Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.

Este indicador pregunta sobre los servicios a los que se obtuvo acceso durante los últimos 12 meses. Si dispone de datos sobre otro período, como los últimos tres o seis meses o los últimos 30 días, incluya estos datos adicionales en la sección de comentarios de la herramienta de notificación.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Además de los datos que se han pedido anteriormente, notifique los datos del programa, si están disponibles para este indicador, mediante el cuadro de texto que figura en la plataforma de presentación de informes en línea.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People.* MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

### 1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo

---

*Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH de los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.

#### Justificación

Los preservativos pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por consiguiente, el uso sistemático y correcto del preservativo es importante para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Además, es posible que los hombres que tienen relaciones sexuales anales con otros

hombres también tengan parejas del sexo femenino, que igualmente podrían contraer el VIH. El uso del preservativo con la pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden también tener una subepidemia concentrada entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En tal caso, sería útil que calcularan este indicador para esas poblaciones e informaran al respecto.

Numerador:	Número de HSH que declararon haber usado un preservativo durante el último coito anal.
Denominador:	Número de HSH que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se preguntó a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones. Siempre que sea posible, los datos relativos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	Edad (<25/25+)

## Puntos fuertes y débiles

Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo durante el último coito anal con cualquier pareja ofrece una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en esta población. Este indicador no aporta ninguna información sobre el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales con mujeres entre los hombres que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos. En los países en los que es probable que los hombres de la subpoblación encuestada tengan parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso del preservativo tanto con parejas masculinas como femeninas. En estos casos, los datos sobre el uso del preservativo se presentarán siempre por separado respecto a las parejas masculinas y femeninas.

Este indicador pregunta sobre las relaciones sexuales entre hombres en los últimos seis meses. Si dispone de datos sobre otro período, como los últimos tres o doce meses, inclúyalos en la sección de comentarios de la herramienta de notificación de informes.

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People.* MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

### 1.13 Las pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

---

*Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

#### Justificación

Es importante que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismos como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave más expuestas. En tal caso, deberían calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conoce los resultados.
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres incluidos en la muestra.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba? Siempre que sea posible, los datos relativos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	Edad (<25/25+)

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

Puede resultar difícil hacer un seguimiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para medir los progresos realizados puesto que se trata de poblaciones con mucha movilidad, a las que no es fácil tener acceso, y que muchas veces se mantienen ocultas. Así pues, el informe descriptivo debería incluir información sobre la naturaleza de la muestra para facilitar la interpretación y el análisis en el futuro.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Este indicador es más significativo en entornos donde la ampliación de las pruebas es relativamente reciente. Esta definición del indicador considerará «no cubiertas» a las personas que se realizaron las pruebas hace más de 12 meses y que saben que son positivas. Lo ideal es que las encuestas pregunten por qué los entrevistados no se realizaron pruebas en los últimos 12 meses. Si afirman que saben que su estado es seropositivo, no deben incluirse en el denominador. Este indicador cambiará formalmente después de 2015. Se pedirá a los países que puedan hacerlo que informen respecto a este indicador, pero que omitan a las personas seropositivas del denominador y que indiquen que así lo han hecho en el apartado de comentarios.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People.* MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

### 1.14 La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

---

*Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

#### Justificación

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres suelen tener la mayor prevalencia del VIH en los países con epidemias concentradas o generalizadas. En muchos casos, la prevalencia entre estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es una medida fundamental dentro de la respuesta nacional al VIH.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave más expuestas. En tal caso, sería útil que calcularan este indicador para esas poblaciones e informaran al respecto.

Numerador:	Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.
Denominador:	Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD: Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. (OMS/ONUSIDA, 2011). Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Edad (<25/25+)

## Puntos fuertes y débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles.

Al analizar los datos de prevalencia de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para la evaluación del impacto del programa de prevención, es conveniente no analizar únicamente a los jóvenes, sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les exponen al riesgo de infección (p. ej. limitando el análisis a los hombres que tuvieron su primera relación sexual con otro hombre en el último año). Este tipo de análisis restringido tiene también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que los hombres hayan mantenido relaciones sexuales con otros hombres (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

Debido a las dificultades que plantea el acceso a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más significativos que los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a centros de asistencia prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, será preciso tenerlas en cuenta al interpretarlas.

Para interpretar este indicador resulta esencial saber cómo se relacionan las poblaciones de la muestra con poblaciones más amplias que muestren comportamientos de riesgo similares. El período durante el cual las personas pertenecen a una población clave está más estrechamente asociado que la edad al

riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar sobre otros grupos de edad.

Las tendencias en la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparar los valores. Por esto, en el momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

## Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

*Directrices revisadas sobre el seguimiento del VIH en las poblaciones clave con mayor riesgo: Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011*

(<http://www.unaids.org/en/media/unaids>)

[contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation*

([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).



## OBJETIVOS 1 Y 2. ESTIMACIONES DEL TAMAÑO DE LAS POBLACIONES CLAVE

### Justificación

La planificación de programas destinados a poblaciones clave puede ser mucho más eficiente si existen estimaciones precisas del tamaño de dichas poblaciones. Las cifras permiten al Ministerio de Salud y al ONUSIDA comprender el alcance de la posible epidemia de VIH, así como los recursos que se necesitarán para satisfacer adecuadamente las necesidades de prevención de las poblaciones de riesgo.

1. ¿Ha realizado estimaciones del tamaño de las poblaciones clave?

Población clave	Estimación del tamaño de la población realizada (sí/no)	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo tuvo lugar la última estimación? (año)	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue el número estimado?
a) Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres			
b) Usuarios de drogas inyectables			
c) Profesionales del sexo			
d) Otras poblaciones clave; especifique cuáles en el cuadro de comentarios.			
e) Comentarios:			

Para facilitar la comprensión de las estimaciones de tamaño presentadas, deberá consignarse la siguiente información adicional sobre cada estimación en el cuadro de comentarios:

- la definición utilizada de la población;
- el método utilizado para obtener la estimación del tamaño;
- estimaciones específicas al entorno para todas las estimaciones disponibles.

De acuerdo con los esfuerzos continuados para proporcionar unas presentaciones más minuciosas de los datos, esta información brindará la oportunidad de representar datos del denominador con datos de programas, siempre que se recaben en las mismas zonas de la encuesta.

Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.



## OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS PARA EL 2015

- 
- 2.1 *Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año*
  - 2.2 *Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual*
  - 2.3 *Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó*
  - 2.4 *Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*
  - 2.5 *Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH*
- 

### 2.1 Personas que se inyectan drogas: programas de prevención

---

*Número de agujas y jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la mejora de la cobertura de un servicio esencial de prevención del VIH para los usuarios de drogas inyectables.

#### Justificación

El consumo de drogas inyectables es la principal vía de transmisión de alrededor del 10% de las infecciones por el VIH en todo el mundo, y del 30% de las infecciones fuera de África subsahariana. Prevenir la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables es uno de los retos fundamentales para reducir la carga del VIH.

Los programas de agujas y jeringas son una de las nueve intervenciones que figuran en el paquete integral elaborado por la OMS, el ONUSIDA y la UNODC para la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH dirigidos a los usuarios de drogas inyectables.

Los programas de agujas y jeringas repercuten en gran medida en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, y no son pocas las pruebas científicas que apoyan su eficacia a la hora de prevenir la propagación del VIH (véase <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Numerador:	Número de agujas y jeringas distribuidas en los últimos 12 meses por los programas de agujas y jeringas.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Datos del programa empleado para contar el número de agujas y jeringas distribuidas (numerador). Estimación del número de usuarios de drogas inyectables en el país (denominador).
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	Ninguno

## Puntos fuertes y débiles

Se han notificado algunas dificultades en relación con la manera de contar las jeringas y agujas. Algunas de las jeringas más utilizadas se componen de unidades de jeringa y aguja de 1 o 2 ml, mientras que hay otras jeringas que necesitan agujas adicionales. En la mayoría de los casos, solo se dispondrá de datos relacionados con el número de jeringas distribuidas a través de los programas de agujas y jeringas, pero no de datos relacionados con las ventas de las jeringas en farmacias.

Estimar el número de usuarios de drogas inyectables a nivel nacional tampoco es una tarea fácil. Las publicaciones en este ámbito aportan muchas definiciones diferentes de usuarios de drogas inyectables, y hay diversos rangos de estimaciones. En su Informe Mundial sobre las Drogas, la UNODC publica estimaciones del número de usuarios de drogas inyectables, que se pueden utilizar. Si existe algún motivo para NO utilizarlas, indíquelo en el cuadro de comentarios.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

Los países pueden realizar un seguimiento de este indicador tomando como referencia los siguientes niveles de cobertura:

- Bajo: <100 jeringas por usuario de drogas inyectables por año
- Medio: >100–<200 jeringas por usuario de drogas inyectables por año
- Alto: >200 jeringas por usuario de drogas inyectables por año

Estos niveles se basan en estudios realizados en países desarrollados, donde se investigan los niveles de distribución de las jeringas y el impacto en la transmisión del VIH. Obsérvese que es probable que los niveles necesarios para la prevención de la hepatitis C sean mucho mayores que los que figuran en el presente apartado.

## Más información

Se puede obtener una descripción detallada de este indicador en: OMS, UNODC y ONUSIDA: *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).

UNODC: Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas. *Estimación de la prevalencia: Métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas*. Viena, UNODC, 2003.

Hickman M. et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.

Most at risk populations sampling strategies and design tool. Departamento estadounidense de servicios sanitarios y humanos, Atlanta, Centro para el control y la prevención de enfermedades, Equipo de vigilancia del PMS, 2009 (<http://www.igh.org/surveillance>).

<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (aquí puede obtener más información sobre el Grupo de Referencia, y puede acceder a las estimaciones notificadas a nivel nacional e internacional del consumo de drogas inyectables y del VIH entre los usuarios de drogas inyectables).

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf) (las directrices de 2010 del Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH).

Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Ginebra, ONUSIDA, 2011 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)).

## 2.2 Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo

---

*Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

## Justificación

En el caso de los usuarios de drogas inyectables, resulta esencial que haya mayor seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países donde predominan otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: i) el riesgo de transmisión del VIH por usar equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y ii) los usuarios de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (p. ej. por transmisión sexual) a la población general.

Nota: los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada entre los usuarios de drogas inyectables. En tal caso, sería útil que calcularan este indicador para esas poblaciones e informaran al respecto.

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los usuarios de drogas inyectables:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?</li><li>2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?</li><li>3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es "sí": ¿Utilizó un preservativo en su última relación sexual?</li></ol> <p>Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad (&lt;25/25+)</li></ul>

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los usuarios de drogas inyectables entrevistados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en un país depende de cuatro factores: i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de sida; ii) la magnitud del consumo de drogas inyectables; iii) el grado en que los usuarios de drogas inyectables utilizan equipos de inyección contaminados; y iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso del preservativo entre los usuarios de drogas inyectables y entre estos últimos y la población general. Este indicador ofrece información parcial sobre el cuarto factor.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

OMS, UNODC y ONUSIDA. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA, 2007.

## 2.3 Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras

---

*Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables.

### Justificación

En el caso de los usuarios de drogas inyectables, resulta esencial que haya mayor seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países donde predominan otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: (i) el riesgo de transmisión del VIH por usar equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y (ii) los usuarios de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (p. ej. por transmisión sexual) a la población general.

Nota: los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada entre los usuarios de drogas inyectables. En tal caso, sería útil que calcularan este indicador para esas poblaciones e informaran al respecto.

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga durante el último mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es afirmativa: ¿usó una aguja y jeringa estériles la última vez que se inyectó drogas? Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad (&lt;25/25+)</li></ul>

## Puntos fuertes y débiles

Encuestar a usuarios de drogas inyectables puede ser difícil. Por ello, es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de la población de usuarios de drogas inyectables entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en un país depende de cuatro factores: (i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de sida; (ii) la magnitud del consumo de drogas inyectables; (iii) el grado en que los usuarios de drogas inyectables utilizan equipos de inyección contaminados; y (iv) las tendencias de promi-

cuidad sexual y uso del preservativo entre los usuarios de drogas inyectables y entre estos últimos y la población general. Este indicador ofrece información sobre el tercer factor.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

OMS, UNODC y ONUSIDA. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra, ONUSIDA, 2007.

## 2.4 Las pruebas del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

---

*Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH a usuarios de drogas inyectables.

### Justificación

Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.

Nota: los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones clave de mayor riesgo. En tal caso, deberían calcular este indicador para esas poblaciones e informar al respecto.

Numerador: Número de encuestados usuarios de drogas inyectables que se ha sometido a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conoce los resultados.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables incluidos en la muestra.

Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba? Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los usuarios de drogas inyectables entrevistados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

Puede resultar difícil hacer un seguimiento de los usuarios de drogas inyectables para medir los progresos realizados, puesto que se trata de poblaciones con mucha movilidad, a las que no es fácil tener acceso, y que muchas veces se mantienen ocultas. Así pues, el informe descriptivo debería incluir información sobre la naturaleza de la muestra para facilitar la interpretación y el análisis en el futuro.

Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para calcular los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Este indicador es más significativo en entornos donde la ampliación de las pruebas es relativamente reciente. Esta definición del indicador considerará «no cubiertas» a las personas que se realizaron las pruebas hace más de 12 meses y que saben que son positivas. Lo ideal es que las encuestas pregunten por qué los entrevistados no se realizaron pruebas en los últimos 12 meses. Si afirman que saben que su estado es seropositivo, no deben incluirse en el denominador. Este indicador cambiará formalmente después de 2015. Se pedirá a los países que puedan hacerlo que informen respecto a este indicador, pero que omitan a las personas seropositivas del denominador y que indiquen que así lo han hecho en el apartado de comentarios.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Ginebra, ONUSIDA, 2011. ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf)).

*Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 ([http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv\\_testing\\_technologies\\_surveillance\\_.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf)).

OMS, UNODC y ONUSIDA. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

*Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*. Ginebra, ONUSIDA, 2007.

*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra, ONUSIDA, 2007.

## 2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

---

*Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

### Justificación

Los usuarios de drogas inyectables suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países con epidemias tanto generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia entre estas poblaciones duplica a de la población en general. La reducción de la prevalencia entre los usuarios de drogas inyectables es una medida crucial de la respuesta nacional al VIH.

Los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada en los usuarios de drogas inyectables. En tal caso, resulta útil que calculen este indicador para esas poblaciones e informen al respecto.

Numerador:	Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo.
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS: Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. (OMS/ONUSIDA, 2011). Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela o en el contexto de una encuesta de vigilancia. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (&lt;25/25+)</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles.

Al analizar los datos de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables para la evaluación del impacto del programa de prevención, es deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les exponen al riesgo de infección (p. ej. restringiendo el análisis a las personas que han empezado a consumir drogas inyectables hace menos de un año). Este tipo de análisis restringido tiene también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

Si hay estimaciones de la prevalencia desglosadas según el tiempo que lleve consumiendo una persona drogas inyectables (más de un año o menos de un año), se recomienda encarecidamente a los países que notifiquen tal desglose en su informe nacional sobre los progresos realizados, y que utilicen el apartado de comentarios de la herramienta de notificación para presentar las estimaciones desglosadas de este indicador.

Debido a las dificultades que plantea el acceso a los usuarios de drogas inyectables, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más significativos que los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a centros de asistencia prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, será preciso tenerlas en cuenta al interpretarlos.

Para interpretar este indicador resulta esencial saber cómo se relacionan las poblaciones de la muestra con poblaciones más amplias que muestren comportamientos de riesgo similares. El período durante

el cual las personas pertenecen a una población clave está más estrechamente asociado que la edad al riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar sobre otros grupos de edad.

Las tendencias en la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

La adición de nuevos centros centinela aumentará la representatividad de las muestras y, por lo tanto, producirá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, la incorporación de nuevos centros centinela reduce la posibilidad de comparar los valores. Por esto, en el momento de realizar los análisis de tendencias, es importante excluir los nuevos centros del cálculo de este indicador.

Si los datos son subnacionales, incluya el desglose por área administrativa en el campo de comentarios. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuestas utilizando la herramienta para subir documentos.

## Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

Directrices revisadas sobre el seguimiento del VIH en las poblaciones clave con mayor riesgo:  
Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS.

*Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Ginebra, ONUSIDA, 2011

(<http://www.unaids.org/en/media/unaids>)

[contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)).



## OBJETIVO 3. ERRADICAR LOS NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH ENTRE LOS NIÑOS PARA 2015 Y REDUCIR NOTABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA

- 
- 3.1 *Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil*
  - 3.1a *Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que reciben medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus bebés durante el período de lactancia (antiguo indicador 3.8)*
  - 3.2 *Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que son sometidos a una prueba virológica del VIH durante los dos primeros meses de vida*
  - 3.3 *Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses*
- 

### 3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil

---

*Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante el suministro de medicamentos antirretrovíricos.

Este indicador permite a los países realizar un seguimiento de la cobertura del suministro de fármacos antirretrovíricos a las embarazadas seropositivas con objeto de reducir el riesgo de transmisión del VIH a los bebés durante la gestación y el parto. Cuando los datos se desglosan por tratamiento, este indicador puede mostrar un mayor acceso a los tratamientos farmacológicos antirretrovíricos más eficaces para las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Dado que el indicador suele medir el número de medicamentos antirretrovíricos distribuidos inicialmente, y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al tratamiento.

El tratamiento postparto, que incluye terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión durante la lactancia materna, se refleja en el indicador 3.1a. Asimismo, el indicador 3.7 mide el porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH y que reciben profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en las seis primeras semanas de vida.

## Justificación

El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de fármacos antirretrovíricos a la madre (p. ej. tratamiento de por vida o profilaxis) durante la gestación y el parto, además de profilaxis antirretrovírica al lactante, y antirretrovíricos a la madre o al niño durante el período de lactancia (en caso de lactancia), y si se recurre a prácticas más seguras en el parto y en la alimentación del lactante. Los datos se emplearán para hacer un seguimiento de los avances respecto del cumplimiento de los objetivos nacionales e internacionales encaminados a eliminar la transmisión maternoinfantil; así como para documentar las políticas y planes estratégicos, en tareas de divulgación, y para aprovechar recursos y lograr una rápida ampliación de la respuesta. Esto ayudará a medir las tendencias en la cobertura de la profilaxis y del tratamiento antirretrovírico y, si los datos se desglosan por tipo de tratamiento, también se podrá evaluar el progreso realizado en la aplicación de tratamientos y terapias antirretrovíricas más efectivos.

Numerador:	Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el parto. Los informes a nivel mundial que recopilen información sobre la cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para la PTMI excluirán a las mujeres que recibieron una sola dosis de nevirapina, ya que no se considera un tratamiento adecuado. No obstante, el país deberá notificar el número de mujeres que recibió una sola dosis de nevirapina.
Denominador:	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Para el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las herramientas de seguimiento incluidas en los programas, como historias de pacientes y formularios de información resumida. Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatal, en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal.
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país.
Desglose:	El numerador debería desglosarse en los seis tratamientos generales que se describen a continuación. Por favor incluya los datos subnacionales, desglosados por área administrativa. La hoja para insertar los datos tiene un espacio independiente para estos datos. También puede enviar la versión digital de cualquier informe relacionado disponible utilizando la herramienta para subir documentos.

## Aclaración sobre el numerador

El numerador debería desglosarse en los siguientes seis tratamientos (los tres primeros son los recomendados actualmente por la OMS) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil:

1. La mujer acaba de comenzar el tratamiento antirretrovírico durante el embarazo actual
2. Ya en tratamiento antirretrovírico antes del embarazo actual
3. Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS)
4. AZT para la madre (componente de profilaxis durante la gestación y el parto de la Opción A de la OMS, o de las directrices de 2006 de la OMS)
5. Monodosis de nevirapina ÚNICAMENTE (con o sin fase final)
6. Otro (especifique: p. ej, tratamiento determinado, sin clasificar, etc.)

## Desglose por definiciones de tratamiento

Categorías	Aclaración	Ejemplos comunes
<p>Las primeras dos opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretrovírica de por vida (incluida la Opción B+).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual.</li> <li>2) Ya en tratamiento antes del embarazo.</li> </ol>	<p>Tratamiento de tres medicamentos ideado para proporcionar terapia antirretrovírica de por vida.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como recién iniciadas a la terapia antirretrovírica de por vida.</li> <li>2) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como mujeres que ya habían iniciado la terapia antirretrovírica antes de su primera visita a un centro de asistencia prenatal.</li> </ol> <p>Si una mujer ha iniciado la terapia antirretrovírica de por vida durante el parto, se la incluirá en la categoría 1.</p> <p>Si se dispone del número de mujeres que toman antirretrovíricos, pero no del momento de inicio de la terapia antirretrovírica, el número de mujeres puede incluirse en la casilla "Número total de mujeres embarazadas que siguen terapia antirretrovírica de por vida".</p>	<p>Tratamiento nacional estándar, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF+3TC+EFV</li> <li>• AZT+3TC+NVP</li> </ul>

Categorías	Aclaración	Ejemplos comunes
3) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto).	<p>Tratamiento de tres medicamentos que se usa durante la profilaxis de la PTMI. Empieza en algún momento durante el embarazo o en el parto, con la intención de que se detenga al final del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia).</p> <p>Si una mujer recibe tres fármacos antirretrovíricos por primera vez en el parto, debería incluirse en esta categoría, siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF+3TC+EFV</li> <li>• AZT+3TC+EFV</li> <li>• AZT+3TC+LPV/r</li> </ul>
4) AZT para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto).	<p>Tratamiento profiláctico que emplea AZT (o cualquier otro INTI) y que comienza a partir de las 14 semanas o durante el parto, para prevenir la transmisión del VIH.</p> <p>Si una mujer recibe fármacos antirretrovíricos por primera vez durante el parto, debería incluirse en esta categoría siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto.</li> <li>• AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto + AZT/3TC durante 7 días después del parto.</li> </ul>
5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La nevirapina es el ÚNICO tratamiento que se le puede administrar a una embarazada seropositiva durante la gestación, el parto o el alumbramiento</li> </ul> <p>NO debe contarse como monodosis de nevirapina si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante la gestación o,</li> <li>• Una embarazada seropositiva ha comenzado la Opción A, B o B+ durante el parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monodosis de NVP para la madre ÚNICAMENTE al comienzo del parto.</li> <li>• Monodosis de NVP + AZT/3TC durante 7 días, ÚNICAMENTE.</li> <li>• Monodosis de NVP para la madre al comienzo del parto y monodosis de NVP para el bebé, ÚNICAMENTE.</li> </ul>

El numerador debe coincidir con los valores incluidos en Spectrum; de lo contrario, se enviará una consulta automatizada al equipo para indicar que los valores deben ser coherentes.

GARPR	Spectrum
1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual.	Tratamiento antirretrovírico iniciado durante el embarazo actual.
2) Ya en tratamiento antes del embarazo.	Tratamiento antirretrovírico iniciado antes del embarazo actual.
3) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto).	Opción B: Triple profilaxis a partir de las 14 semanas.
4) AZT para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto).	Opción A: AZT para la madre.
5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto.	Monodosis de nevirapina.
6) Otro (normalmente se limita a países que siguen administrando AZT para la madre que empezó el tratamiento en una fase tardía del embarazo).	AZT para la madre según las directrices de la OMS de 2006. Spectrum necesita datos sobre tratamientos históricos. Esta categoría se mantiene para describir los tratamientos suministrados en años anteriores.

## Aclaración sobre el denominador

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

1. Un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, use los datos correspondientes al “número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH”.
2. Multiplicar el número total de mujeres que dio a luz en los últimos 12 meses (que puede obtenerse a partir de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística o de la División de Población de las Naciones Unidas, o de sistemas de registros de embarazos que incluyan datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas (que se puede obtener a partir de los datos de la vigilancia centinela de los centros de asistencia prenatal y de los ajustes necesarios relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal), si los modelos de proyección de Spectrum no están disponibles.

Para garantizar la comparabilidad, los datos obtenidos del programa Spectrum se usarán como denominador cuando se lleven a cabo los análisis a nivel global.

## Puntos fuertes y débiles

Se recomienda a los países que realicen un seguimiento e informen del porcentaje real de mujeres que reciben los distintos tratamientos, para que pueda modelarse el impacto de los fármacos antirretrovíricos en la transmisión maternoinfantil sobre la base de la eficacia de cada tratamiento. Los países que no dispongan de un sistema de recopilación y notificación de datos relacionados con los distintos tratamientos de fármacos antirretrovíricos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH deberían establecerlo.

## Más información

La prevención de la transmisión maternoinfantil es un ámbito programático que evoluciona rápidamente. Los métodos de seguimiento de la cobertura de dicho servicio también evolucionan. Para acceder a la información más actualizada, consulte los siguientes enlaces:

[www.who.int/hiv/pub/mtct/en/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/)

[www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html)

### 3.1a Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia materna

---

*Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que reciben medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus bebés durante el período de lactancia (antiguo indicador 3.8)*

---

#### Qué mide

Mientras que el indicador 3.1 refleja si los programas llegan a las madres durante el embarazo y el parto, el indicador 3.1a refleja si las mujeres reciben profilaxis para sí mismas o para sus bebés durante el período de lactancia.

#### Justificación

Para las mujeres que están amamantando y no siguen ninguna terapia antirretrovírica, el riesgo de transmitir el VIH al bebé durante la lactancia materna sigue siendo sustancial. El riesgo puede reducirse proporcionando profilaxis a la madre o al bebé durante todo el período de lactancia. Los datos se emplearán para hacer un seguimiento de los avances respecto del cumplimiento de los objetivos nacionales e internacionales encaminados a eliminar la transmisión maternoinfantil; así como para documentar las políticas y planes estratégicos, en tareas de divulgación, y para aprovechar recursos y lograr una rápida ampliación de la respuesta.

**Numerador:** Número de mujeres que viven con el VIH que, durante el período de lactancia, recibieron profilaxis antirretrovírica para sí mismas o para sus bebés en los últimos 12 meses a fin de reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante la lactancia.

**Denominador:** Número estimado de mujeres que viven con el VIH que amamantaron en los últimos 12 meses.

Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Para el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las herramientas de seguimiento incluidas en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información resumida. Los datos para el numerador pueden recopilarse en la visita para el diagnóstico infantil precoz del lactante, a las seis semanas, o en la visita para la vacunación con DPT3 (2 a 3 meses), y deben distinguirse de las intervenciones con ARV para prevenir la transmisión durante el parto. En el caso de los niños alimentados con leche materna, debe registrarse si los ARV para reducir la transmisión posnatal fueron administrados a la madre o al lactante. En el numerador también se incluye a las embarazadas con infección por el VIH que cumplen los requisitos para recibir terapia antirretrovírica de por vida, que están recibiendo un tratamiento, y cuyos hijos se benefician, por lo tanto, del efecto profiláctico del tratamiento antirretrovírico para reducir el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna.</p> <p>Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatal, en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal. El denominador debe representar el número de mujeres que viven con el VIH que están amamantando. En aquellos entornos en que la mayoría de las mujeres seropositivas amamantan, el número estimado de embarazadas seropositivas podría utilizarse en sustitución del denominador (con algunos ajustes de las muertes infantiles antes del momento de la medición, si están disponibles estos datos). En otros entornos, donde hay una población considerable de lactantes expuestos al VIH que no son amamantados, será necesario calcular el número de lactantes expuestos al VIH que sí son amamantados.</p>
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador permite a los países realizar un seguimiento de la cobertura de los programas para reducir la transmisión maternoinfantil durante la lactancia. Dado que el indicador mide el número de medicamentos antirretrovíricos distribuidos y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al tratamiento.

Este indicador no debe confundirse con el indicador 3.7 (Porcentaje de niños nacidos de madres seropositivas que reciben profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en las primeras seis semanas de vida).

Es importante evaluar la cobertura de antirretrovíricos durante el período de lactancia materna, pero en muchos entornos hay una considerable pérdida de seguimiento después de la visita de las seis semanas, por lo que resulta difícil obtener un cálculo preciso de la cobertura de antirretrovíricos en un momento posterior. Entre las mujeres que amamantan, los esfuerzos deben centrarse en garantizar la cobertura de antirretrovíricos durante el período de lactancia materna posterior a las seis semanas o a la vacunación con DPT3, como lo recoge este indicador.

Si los datos facilitados para este indicador no son representativos a nivel nacional, indíquelo en el apartado de comentarios y describa la muestra.

## Más información

La prevención de la transmisión maternoinfantil es un ámbito programático que evoluciona rápidamente. Los métodos de seguimiento de la cobertura de dicho servicio también evolucionan. Para acceder a la información más actualizada, consulte los siguientes enlaces:

[www.who.int/hiv/pub/mtct/en/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/)

[www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html)

### 3.2 Diagnóstico infantil precoz

---

*Porcentaje de niños que nace de mujeres seropositivas y que recibe una prueba virológica del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en el porcentaje de lactantes nacidos de mujeres seropositivas a los que se realizan pruebas del VIH durante los dos primeros meses de vida para determinar su estado virológico y elegibilidad para recibir terapia antirretrovírica. Los datos deben desglosarse según el resultado de la prueba.

#### Justificación

Los lactantes que contraen el VIH durante el embarazo, el parto o el período postparto, a menudo fallecen antes de que se sepa que son seropositivos. La OMS recomienda que los programas nacionales hagan posible la realización de pruebas del VIH a los lactantes a las seis semanas, o tan pronto como sea posible, para poder orientar la toma de decisiones clínicas en la etapa más temprana posible. La progresión del VIH es muy rápida entre los niños; necesitan seguir un tratamiento cuanto antes, porque sin un tratamiento temprano el 50% de los niños fallecería antes de cumplir dos años.

Numerador:	Número de lactantes a los que se realiza una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida, durante el período de notificación. Los bebés a los que se les haya hecho la prueba solo deben contarse una vez.
Denominador:	Número de embarazadas seropositivas que han dado a luz en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Para el numerador, laboratorios de pruebas del diagnóstico infantil precoz (DIP); para el denominador, estimaciones de Spectrum, oficinas estadísticas centrales o vigilancia centinela.
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país

## Aclaración sobre el numerador

El numerador debe extraerse de las bases de datos de DIP que hay en los laboratorios de análisis. El numerador debería representar el número de lactantes que fue sometido a una prueba virológica en los dos primeros meses tras su nacimiento; no debería representar el número de muestras analizadas en el laboratorio. Los datos deben agruparse a partir de las bases de datos de los laboratorios. Siempre que sea posible, debe minimizarse el doble cómputo al agrupar los datos para obtener datos a nivel nacional. Se espera que el número de lactantes que sea sometido a más de una prueba virológica en los dos primeros meses de vida sea bajo. Debe hacerse todo lo posible para incluir todos los centros sanitarios públicos, privados y gestionados por ONG que realizan pruebas del VIH a los lactantes expuestos al VIH.

El resultado de las pruebas debe indicarse como positivo, negativo, indeterminado o rechazado por el laboratorio. Al notificar la información, solo se incluirá el resultado de la prueba más reciente realizada a un bebé en los primeros dos meses de vida.

## Aclaración sobre el denominador

Esta es una medición indirecta para calcular el número de bebés nacidos de mujeres seropositivas.

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

- a) Mediante un modelo de proyección, como el que facilita el programa Spectrum, se usa el dato referente al “número de embarazadas que necesitan programas de prevención de la transmisión maternoinfantil” como indicador indirecto.
- b) Si no se dispone de proyecciones de Spectrum, se multiplica el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses (dato que se puede obtener de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el número estimado más reciente a nivel nacional relacionado con la prevalencia del VIH entre las embarazadas (que puede extraerse de la vigilancia centinela del VIH en centros de asistencia prenatal y de los ajustes necesarios relativos a la cobertura de las encuestas en centros de asistencia prenatal).

Para garantizar la comparabilidad, los datos obtenidos del programa Spectrum se usarán para el denominador cuando se lleven a cabo análisis a nivel global.

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador permite a los países hacer un seguimiento de los progresos en la realización temprana de pruebas del VIH a bebés expuestos al VIH de hasta dos meses de vida, que es un aspecto fundamental para la atención y tratamiento que reciban posteriormente. Al limitar la edad a dos meses o menos, se elimina la posibilidad de que un bebé sea sometido a varias pruebas, lo que podría provocar un doble cómputo. Los únicos tres campos necesarios para este indicador —fecha de la recopilación de la muestra, edad en el momento de la recopilación (edad real o edad calculada basada en la fecha de nacimiento), y resultados— se introducirán de forma sistemática en las bases de datos centralizadas de DIP de los laboratorios de análisis.

Gracias al reducido número de laboratorios de análisis y al formato electrónico de las bases de datos, la tarea de recopilación de datos para este indicador no debería suponer una gran carga. Y puesto que la calidad de los datos en los laboratorios suele ser muy alta, se obtiene un indicador sólido. El indicador no recoge el número de niños con un diagnóstico definitivo (p. ej. infección por el VIH), ni mide si se han facilitado los servicios de seguimiento apropiados al niño basándose en la interpretación de los resultados de las pruebas. Tampoco mide la calidad de las pruebas ni el sistema establecido para la realización de las mismas. No obstante, un valor bajo del indicador podría apuntar a debilidades en el sistema, como una gestión nacional deficiente del suministro de instrumentos para la realización de las pruebas del VIH, una mala recopilación de datos, un seguimiento deficiente o una mala gestión de las muestras de las pruebas.

El desglose por los resultados de las pruebas no puede utilizarse como referencia alternativa de los índices generales de la transmisión materno-infantil. Si la cobertura del DIP de necesidad nacional o la cobertura de las pruebas para el DIP en los dos primeros meses de vida es muy baja, entonces los bajos índices de resultados positivos entre los lactantes no indicarán necesariamente el éxito del programa, dado que es probable que haya muchos lactantes con resultados positivos que no estén incluidos en la muestra.

Si bien la realización temprana de pruebas virológicas es una intervención fundamental para identificar a los lactantes seropositivos, también es importante que los países refuercen la calidad del seguimiento a los lactantes expuestos al VIH y que capaciten a profesionales de la salud para que reconozcan los signos y síntomas de la infección temprana por el VIH entre los lactantes expuestos, en especial en los lugares en los que el acceso a pruebas virológicas es limitado. La gestión inadecuada de suministros puede repercutir negativamente en el valor del indicador y reducir de forma significativa el acceso a las pruebas del VIH por parte de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas. Los países deberían garantizar la disponibilidad de herramientas y sistemas adecuados, sobre todo por lo que respecta a sistemas de información y gestión logística, que permitan la compra, distribución y gestión de los suministros a nivel central, de distrito y de centro de salud.

## Más información

Para obtener más información, consulte la referencia y el sitio web siguiente:

OMS, UNICEF y ONUSIDA. *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados, septiembre de 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>).

*Next generation indicators reference guide*. Washington, D.C., Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para luchar contra el SIDA, 2009.

*Guía de seguimiento y evaluación. Parte 2. Programas de VIH, tuberculosis, malaria y fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud y comunitarios*. Ginebra, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2009.

*Measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

### 3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

*Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses*

#### Qué mide

Los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.

#### Justificación

Se ha procurado aumentar el acceso a las intervenciones que pueden reducir de forma significativa la transmisión maternoinfantil, como la combinación de tratamientos de profilaxis y antirretrovíricos, y el refuerzo de las actividades de asesoramiento sobre la alimentación de los lactantes. Es importante evaluar el impacto que tienen las intervenciones relacionadas con la PTMI en la reducción de nuevas infecciones pediátricas por el VIH a través de la transmisión maternoinfantil.

El porcentaje de los niños seropositivos debería disminuir conforme aumenta la cobertura de las intervenciones relacionadas con la PTMI y el uso de tratamientos más eficaces.

Numerador:	El numerador es el número estimado de nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión maternoinfantil entre los niños nacidos de madres seropositivas en los últimos 12 meses.
Denominador:	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>La transmisión maternoinfantil probablemente difiera en función del tratamiento con fármacos antirretrovíricos recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum usa la información relacionada con:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>La distribución de las embarazadas seropositivas que han recibido los distintos tratamientos antirretrovíricos antes y durante el parto por categoría CD4 de la madre.</li><li>La distribución de mujeres y niños que han recibido antirretrovíricos después del parto por categoría CD4 de la madre.</li><li>El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI, por la edad del niño.</li><li>Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de tratamientos con fármacos antirretrovíricos y en las prácticas de alimentación de los lactantes.</li></ol> <p>El índice nacional estimado de la transmisión se notifica en Spectrum en la pantalla de resumen de la PTMI. La variable también puede calcularse mediante las variables de Spectrum "Nuevas infecciones por el VIH" para los niños de 0 a 14 años y dividiendo estos datos entre la variable "Mujeres que necesitan PTMI".</p>

La información disponible sobre otras vías de transmisión del VIH a los niños no es suficiente para incluir tales infecciones en el modelo. Además, se considera que otras vías de transmisión representan solo una pequeña fracción del conjunto de infecciones entre los niños. La variable obtenida de Spectrum "Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año" no se utiliza porque algunas de las infecciones causadas por la lactancia tendrán lugar después del primer año de vida.

Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Ninguno

Para garantizar la comparabilidad, los datos obtenidos del programa Spectrum se utilizarán para calcular este indicador cuando se lleven a cabo análisis a nivel global.

## Puntos fuertes y débiles

A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas de PTMI mediante la estimación del impacto ocasionado por el aumento del suministro de fármacos antirretrovíricos, el uso de tratamientos más eficaces y de prácticas óptimas de alimentación de los lactantes. Este indicador se genera a partir de un modelo que crea estimaciones de las infecciones del VIH entre los niños. El indicador estimado depende de las hipótesis y datos usados en el modelo. Es posible que el indicador no sea una medida real de la transmisión maternoinfantil. Por ejemplo, en aquellos países donde se practican ampliamente otras formas de PTMI (como la cesárea), el indicador sobrestimaré la transmisión maternoinfantil. También depende de los datos del programa, que muchas veces reflejan los tratamientos antirretrovíricos suministrados, más que tomados, de forma que se subestima la transmisión maternoinfantil.

Este indicador permite que los países evalúen el impacto de los programas de PTMI al estimar el índice de transmisión del VIH de mujeres seropositivas a sus hijos. Es difícil hacer un seguimiento de las parejas de madres e hijos, especialmente a nivel nacional, debido a la demora en la notificación y al gran número de centros de salud a los que pueden acudir las parejas de madres e hijos para recibir las intervenciones relacionadas con la PTMI y la atención infantil a lo largo del tiempo. En los países que disponen de datos, donde la asistencia a los centros de salud es alta, y donde se llevan a cabo pruebas de confirmación de forma sistemática, deben realizarse esfuerzos para hacer un seguimiento del impacto mediante la evaluación directa del porcentaje de niños seropositivos entre el total de niños nacidos de madres seropositivas. Todos los países deberían esforzarse por supervisar el estado serológico y la supervivencia de los niños nacidos de madres seropositivas; estos datos se recaban durante las visitas de seguimiento en los centros de salud.

## Más información

<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>



## OBJETIVO 4. LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO PARA 2015

---

4.1 *Porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica\**

4.2 *Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica*

---

\*Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

### 4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

---

*Porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica entre todos los adultos y niños que viven con el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en el suministro de terapia antirretrovírica a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

#### Justificación

Se ha demostrado que la terapia antirretrovírica reduce la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH, así como la transmisión del VIH. En los últimos años, las directrices sobre los criterios de elegibilidad para la terapia antirretrovírica han cambiado varias veces. Además, las directrices nacionales no siempre coinciden con las directrices mundiales. Por ello, la información relativa a la cobertura de la terapia antirretrovírica se ha notificado de muchas maneras, por ejemplo, basada en directrices mundiales, en directrices nacionales o ambas. Cuando las directrices se modifican para incluir a más personas que viven con el VIH, disminuyen los valores de cobertura de los países. A fin de evitar múltiples valores de cobertura de terapia antirretrovírica, el número de personas que siguen esta terapia se presentará en relación con el número total de personas que viven con el VIH. La cobertura estimada que utiliza el denominador «todas las personas que viven con el VIH» es similar a la del denominador «todas las personas que reúnen los requisitos para recibir terapia antirretrovírica», conforme a las directrices de terapia antirretrovírica de 2013. Aproximadamente el 85% de las personas que viven con el VIH reúnen los requisitos de acuerdo con los criterios de la OMS de 2013 para el suministro de terapia antirretrovírica.

Numerador:	Número de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica, de acuerdo con el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS), al final del período de notificación.
Denominador:	Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH. Los criterios nacionales de elegibilidad para la terapia antirretrovírica varían de un país a otro. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura de las terapias antirretrovíricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Información adicional:	Aunque la cobertura se calculará utilizando el número total de personas que viven con el VIH, rogamos que se facilite también el número de personas elegibles para una terapia antirretrovírica, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de criterios para recibir la terapia antirretrovírica.
Método de medición:	Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros y agruparse periódicamente. En los informes anuales deberán utilizarse los datos más recientes para un año completo. Para el numerador: registros de los centros sobre la terapia antirretrovírica y los formularios transversales correspondientes. Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.
Frecuencia de medición:	Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros y agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. En los informes anuales deberán utilizarse los datos mensuales o trimestrales más recientes.
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (menores de 15 años, a partir de 15 años, 15-49, &lt;1 año, 1-4 años, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)</li> <li>• Público/Privado</li> <li>• Personas que iniciaron la terapia antirretrovírica durante el último año de notificación (este indicador debe obtenerse de las mismas fuentes que el número total de personas que recibe terapia antirretrovírica)</li> </ul> <p>Incluya los datos subnacionales, desglosados por área administrativa. La hoja para insertar los datos tiene un espacio independiente para estos datos. También puede enviar la versión digital de cualquier informe relacionado disponible utilizando la herramienta para subir documentos.</p>

## Aclaración sobre el numerador

El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica al final del período de notificación.

El numerador debe ser igual al número de adultos y niños que alguna vez empezó una terapia antirretrovírica, menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del período de información cubierto.

Los pacientes que no reciben un tratamiento en la actualidad —es decir, las personas excluidas del numerador— son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.

Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los antirretrovíricos recibidos para los últimos meses del período de notificación, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Hay que procurar tener en cuenta a dichos pacientes ya que se deben incluir en el numerador.

En este indicador no se incluyen los antirretrovíricos administrados únicamente con objeto de prevenir la transmisión maternoinfantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazadas seropositivas que reciben una terapia antirretrovírica de por vida se incluyen en el indicador.

El número de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica puede obtenerse a través de los datos recopilados en los registros de terapias antirretrovíricas de los centros, o en los sistemas de gestión de suministro de fármacos de los centros. A continuación, estos datos se cotejan y se transfieren a los informes mensuales o trimestrales transversales, que luego pueden agruparse para obtener los totales nacionales.

Los pacientes de los sectores privado y público que reciben terapia antirretrovírica deben incluirse en este numerador siempre que haya datos disponibles.

## Aclaración sobre el denominador

El denominador se obtiene estimando el número de personas que viven con el VIH. En años anteriores, el ONUSIDA y la OMS informaron sobre el porcentaje de personas elegibles en base al número de personas elegibles según los criterios de la OMS. En 2014, este criterio se modificará para incluir a todas las personas que viven con el VIH. Esto no avala el concepto de que todas las personas que viven con el VIH deban recibir terapia antirretrovírica, sino que es una medida más simple que no cambiará con el paso del tiempo y que dará unos valores de cobertura coherentes al compararse a escala mundial y al calcularse para fines nacionales.

Las estimaciones del denominador suelen obtenerse a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de generación de modelos del VIH, como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de las necesidades relacionadas con el VIH y el uso de Spectrum, consúltese la metodología del Grupo de Referencia ONUSIDA/OMS sobre estimaciones, modelos y proyecciones.<sup>15</sup>

## Puntos fuertes y débiles

El indicador permite realizar un seguimiento de las tendencias de la cobertura, pero no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretrovírica, ni medir el costo, la calidad o la eficacia del tratamiento administrado ni el grado de permanencia en el tratamiento. Dichas formas variarán dentro de un país y de un país a otro, y es probable que cambien en el curso del tiempo.

El grado de utilización de la terapia antirretrovírica dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y calidad de la prestación de servicios, la disponibilidad y aceptación de los servicios de asesoramiento y realización de pruebas, la percepción de eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

El indicador mide el número de personas que recibieron los medicamentos, pero no el número de personas que los tomaron, por lo tanto, no es una medida de adherencia.

## Más información

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

## 4.2 Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento

---

*Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia de adultos y niños seropositivos al mantenerlos en terapia antirretrovírica.

### Justificación

Uno de los objetivos de todo programa de terapia antirretrovírica es aumentar la supervivencia de las personas seropositivas. A medida que la terapia antirretrovírica llega a más personas en países de todo el mundo, también es importante saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen. Estos datos pueden ayudar a demostrar la eficacia de tales programas y poner de manifiesto los obstáculos a su ampliación y mejora.

Numerador:	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciar el tratamiento.
Denominador:	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses, incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Herramientas de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo. Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica. El período de información se define como cualquier período continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el período de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en cualquier momento durante el período de 12 meses comprendido entre 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Si el período de información va del 1 de julio de 2013 al 30 de junio de 2014, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica entre el 1 de julio de 2012 y el 30 de junio de 2013.

Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretrovírica durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012 habrán alcanzado los resultados de 12 meses para el período de notificación comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014.

**Frecuencia de medición:** A medida que los pacientes inician la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continuada para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que hayan completado por los menos 12 meses de tratamiento.

**Desglose:**

- Sexo
- Edad (<15, 15+)
- Situación de embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

## Aclaración sobre el numerador

En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños que sigan con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del período de notificación.
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciar el tratamiento.

Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretrovírica de forma constante durante los 12 meses del período. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o recogidas de medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el inicio del tratamiento, pero que están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes, se incluyen en el numerador. En cambio, los pacientes que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o que se han perdido para el seguimiento a los 12 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el numerador.

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en mayo de 2013 y que en algún momento del período comprendido entre mayo de 2013 y mayo de 2014, fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no estarán en terapia antirretrovírica en el duodécimo mes (mayo de 2014) y no se incluirán en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretrovírica en mayo de 2013, dejó de ir a una visita en junio de 2013, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretrovírica en mayo de 2014 (en el duodécimo mes), estará en terapia antirretrovírica y se incluirá en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretrovírica en mayo de 2013 esté registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2013 y mayo de 2014.

Los registros de terapias antirretrovíricas deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluirán información que indique si la paciente estaba embarazada o amamantaba al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretrovírica para estos subconjuntos de mujeres, a fin de determinar el número de embarazadas y de mujeres que están amamantando que siguen con la terapia a los 12 meses del inicio.

## Aclaración sobre el denominador

El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretrovírica inicial que comenzó la terapia en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del período de notificación, independientemente de su resultado a los 12 meses.

Por ejemplo, para el período de notificación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto a los que están en terapia antirretrovírica como a los fallecidos, a los que han dejado el tratamiento o a los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

A nivel de centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretrovírica a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del período de 12 meses, y excluye a aquellos que han salido durante el mismo período, para que refleje la cohorte neta actual de cada centro. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, los pacientes que han abandonado el centro no se incluirán en el numerador ni en el denominador. De la misma forma, los pacientes que se han incorporado al centro se tendrán en cuenta tanto para el numerador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes que abandonaron los centros. Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados debe registrar el centro en la actualidad, es decir, el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los que abandonaron el centro) a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.

## Puntos fuertes y débiles

El uso de este denominador puede subestimar la “supervivencia” real, puesto que una proporción de los pacientes perdidos para el seguimiento están vivos. En esta estimación se refleja el número de personas con vida y en terapia antirretrovírica (es decir, la retención en la terapia antirretrovírica) en una cohorte de tratamiento.

La información prioritaria que hay que notificar es la supervivencia global. Si hay disponibles registros exhaustivos de pacientes por cohorte, se insta a los países a que efectúen el seguimiento del índice de retención de la terapia antirretrovírica a los 24, 36 y 48 meses y, a partir de ahí, anualmente, para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia antirretrovírica. De esta forma, es posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta o disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no se puede atribuir la causa de estos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses aumenta con el tiempo, tal vez refleje una mejora en las prácticas de atención y tratamiento, o un inicio más temprano de la terapia antirre-

trovífica. El hecho de seguir con la terapia antirretrovífica a los 12 meses debe interpretarse en función de las características iniciales de la cohorte de pacientes al comienzo de dicha terapia. La mortalidad será más elevada en centros donde los pacientes accedieron a la terapia antirretrovífica en una etapa más tardía de la infección. Por lo tanto, la recopilación y notificación de datos sobre la supervivencia relativos a los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor de la eficacia a largo plazo de la terapia antirretrovífica.

### Más información

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>



## OBJETIVO 5. REDUCIR LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50% PARA EL 2015

---

### 5.1 *Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH*

---

#### 5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

---

*Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos en la detección y el tratamiento de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

#### Justificación

La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en terapia antirretrovírica. Aumentar la detección de casos nuevos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH. Es importante disponer de una medida del porcentaje de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis que pueden acceder a un tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

**Numerador:** Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.

**Denominador:** Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. La OMS calcula las estimaciones anuales del número de casos nuevos de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis. Las estimaciones de denominadores de 2014 (facilitadas por los países al notificar la cobertura del tratamiento antirretrovírico) estarán disponibles en agosto de este año y no es necesario comunicarlas al presentar los informes. Como referencia, las estimaciones correspondientes a 2013 están disponibles en: <http://www.who.int/tb/country/en>

Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Registros e informes de los centros acerca de la terapia antirretrovírica; herramientas de seguimiento incluidas en los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.
Frecuencia de medición:	Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros, agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre, y notificarse anualmente. También debe informarse aquí el año más reciente para el cual se dispone de datos y estimaciones.

## Puntos fuertes y débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS ofrece estimaciones anuales de la carga de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían iniciar un tratamiento para la tuberculosis y para el VIH dentro de un plazo de ocho semanas tras el inicio del primero, independientemente del recuento de CD4. Los pacientes seropositivos con tuberculosis que tengan una inmunosupresión profunda (por ejemplo, recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm<sup>3</sup>) deberán recibir antirretrovíricos en las primeras dos semanas tras iniciar el tratamiento para la tuberculosis, que deberá comenzar de conformidad con las directrices de los programas nacionales de tuberculosis.

Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y el VIH garantizan que las personas con VIH y TB puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, el indicador se verá afectado por una baja utilización de las pruebas del VIH, un escaso acceso a los servicios de atención relacionados con el VIH y a la terapia antirretrovírica, y un acceso insuficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores y es conveniente hacer referencia a ellos cuando se interpreten los resultados de este indicador.

Es importante que las personas que prestan cuidados relacionados con el VIH y terapia antirretrovírica registren el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, ya que esta información repercute de manera importante en los criterios de elegibilidad para la terapia antirretrovírica y en la elección del tratamiento antirretrovírico. Por lo tanto, se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de la tuberculosis conste en el registro de la terapia antirretrovírica.

## Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

*Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/tb/country/en>).

*A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://www.who.int/hiv/pub/tb/hiv\\_tb\\_monitoring\\_guide.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/tb/hiv_tb_monitoring_guide.pdf))



## OBJETIVO 6. ELIMINAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS DESTINADOS AL SIDA PARA 2015 Y LLEGAR A UNA INVERSIÓN MUNDIAL ANUAL DE 22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

---

### 6.1 *Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación*

---

#### 6.1 Gasto relativo al sida

---

##### *Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación*

---

#### Qué mide

Mide de manera detallada y coherente cómo se gastan los fondos a nivel nacional y de dónde proceden esos fondos.

#### Justificación

Los compromisos con la respuesta al sida deben seguir aumentando para acabar con la epidemia en 2030. Dada la escasez de recursos, cada vez es más importante realizar un seguimiento detallado de: i) el uso de recursos disponibles para varios programas relacionados con el VIH y el sida a nivel nacional y ii) dónde se originan los fondos. Se están utilizando datos como pruebas para seguir los cambios en las prioridades políticas nacionales, y para determinar si la introducción de reformas y nuevos programas ha generado cambios en la asignación de recursos y en el gasto. Los datos se emplean asimismo para medir el gasto global anual en sida, que constituye un componente importante para hacer un seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

En el presente ciclo de presentación de informes incluimos un marco conceptual adaptado de la Matriz de Financiación Nacional, con una clasificación revisada de los programas de sida. Estas modificaciones se han realizado para ofrecer información más relevante para las políticas y mejor información sobre los indicadores básicos creados con el objetivo de cubrir las metas de la Declaración de 2011.

La Matriz de Financiación Nacional presenta un enfoque de inversión e incorpora de forma íntegra la estrategia de “acción acelerada” para acabar con la epidemia de sida para 2030. El nuevo marco da un mayor énfasis al seguimiento del gasto en programas básicos de prevención y tratamiento, así como de los factores críticos relacionados y de las sinergias de desarrollo. A este respecto, se han renombrado y reestructurado las categorías programáticas, aunque el contenido de los programas no se ha alterado.

Las clasificaciones de los programas y servicios se han diseñado para que se expliquen por sí mismas. Con el fin de ayudar a los países a adaptarse a los cambios del nuevo sistema de clasificaciones hemos creado una correspondencia con códigos previos.

La simplificación de las categorías de GARPR no descarta la recopilación de datos desglosados en el análisis de gastos del país. Al contrario, se recomienda que los países con información granular o desglosada recopilen y analicen dicha información para fines nacionales, pero que la comuniquen de forma agregada.

El marco de clasificación de programas de sida se estructura en torno a las 10 metas de la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, y se divide en ocho áreas programáticas centrales para el sida. Cada una de estas áreas comprende un conjunto específico de categorías de gasto, incluidos programas básicos de prevención y tratamiento, así como facilitadores críticos y sinergias de desarrollo.

La lista completa de áreas programáticas y categorías de gasto en sida se facilita en el apéndice 2. Para simplificar el uso y la visualización de la matriz, existe la opción de ocultar o mostrar categorías de gasto para cada área programática de VIH y sida haciendo clic en “+” para ocultar o “-” para mostrar categorías en la parte izquierda de la tabla. La misma opción está disponible para las columnas de fuentes de financiación.

El apéndice 2 da instrucciones sobre cómo completar la Matriz de Financiación Nacional y presentar el informe.

Herramienta de medición:

Herramienta/método principal:

1. Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS)

Instrumentos/métodos alternativos:

2. Sistema de Cuentas de Salud (SCS)

Método de medición:

Ya que los países pueden elegir entre diferentes metodologías y herramientas para realizar un seguimiento del flujo de gastos en VIH y sida, recomendamos aplicar en primer lugar la herramienta y metodología de MEGAS, y el SCS de forma alternativa.

No debería existir ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido con ambas metodologías. Sin embargo, es posible que el SCS no cubra algunas actividades realizadas fuera del sector de la salud. Los resultados de cualquiera de estas herramientas se deben utilizar para completar la Matriz de Financiación Nacional, que se enviará como parte del Informe sobre los avances del país. Si las herramientas sugeridas no estuvieran implantadas en el país, este podrá realizar una recogida de datos específica describiendo de forma explícita como se recopilaron los gastos.

Frecuencia de medición: Preferencia: con una regularidad preestablecida, por ejemplo, cada año fiscal o natural.

En este ciclo de presentación de informes sugerimos que los países envíen tantos informes anuales nacionales como consideren necesarios, incluidas las estimaciones para 2012, 2013 y 2014. Los países no están limitados a los últimos tres años para informar sobre el indicador 6.1, por lo que pueden enviar datos para cualquier año a partir de 2001. Si no se han modificado las Matrices de Financiación Nacional enviadas previamente, los países no necesitan volver a presentar los mismos datos. En cambio, si los datos de ciclos de notificación previos eran incorrectos, podrán reenviar las versiones actualizadas.

## Puntos fuertes y débiles

MEGAS y el SCS son metodologías reconocidas de forma internacional, y se recomiendan como herramientas primarias y alternativas, respectivamente, para recopilar datos. MEGAS facilita un nivel integral de desglose de datos por programa y ofrece la información necesaria para completar la Matriz de Financiación Nacional. El SCS no permite el mismo nivel de desglose de datos por programa, pero sí definir el gasto sanitario total en sida por fuente de financiación. Asimismo, MEGAS realiza un seguimiento de los gastos no sanitarios tales como la mitigación social, la educación, el trabajo, la justicia y otros sectores relacionados con la respuesta multisectorial al VIH.

La elaboración de MEGAS y del SCS puede requerir recursos y la aplicación de un cierto nivel de capacidad. El acceso a datos de calidad sobre el gasto real suele ser complicado. Por ello, el enfoque debe contar con un alto nivel de apoyo político y la buena voluntad de múltiples partes interesadas para conseguir los datos necesarios. Al mismo tiempo, es esencial que los datos se recojan regularmente y de forma consistente e integral, y es preferible que esta actividad se institucionalice a nivel nacional utilizando una de las herramientas recomendadas.

## Más información :

1. ONUSIDA. *Medición del Gasto en Sida (MEGAS): Clasificación y definiciones*  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916\\_nasa\\_classifications\\_edition\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf)
2. ONUSIDA. *Guide to Produce National AIDS Spending Assessment (NASA)*  
[http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406\\_nasa\\_notebook\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406_nasa_notebook_en.pdf)
3. ONUSIDA. *Informes sobre MEGAS de los países*  
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports/>
4. OMS. *Producing national health accounts*  
<http://www.who.int/SHA/create/en/>
5. OCDE. Eurostat. OMS. *A system of health accounts*. 2011 Edition  
<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>
6. OMS. *Guidelines on the Implementation of the System of Health Accounts 2011*  
[http://www.who.int/health-accounts/documentation/system\\_of\\_health\\_accounts\\_2011/en/](http://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/)
7. USAID, Health Systems 20/20 y UNAIDS. *Linking NASA and SHA concepts and mechanics*  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2009/SHA\\_nasa\\_crosswalk\\_final\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2009/SHA_nasa_crosswalk_final_en.pdf)



## OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

---

7.1 *Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses*

---

### 7.1 Prevalencia de la violencia reciente por parte de la pareja íntima

---

*Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (como resultado en sí mismo y como estimación alternativa de la desigualdad de género).

El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se convive, estén o no estén casados en ese momento. La violencia podría haberse dado después de la separación.

#### Justificación

A nivel mundial, y en particular en África subsahariana, los altos índices observados de la infección por el VIH entre las mujeres han concentrado la atención en el problema de la violencia contra las mujeres. Se reconoce cada vez más que el riesgo al que están expuestas las mujeres y las niñas, así como su vulnerabilidad con respecto a la infección por el VIH, está marcado por unas desigualdades de género arraigadas y omnipresentes, y en especial por la violencia contra ellas. La violencia y el VIH están vinculados por vías directas e indirectas. Los estudios llevados a cabo en muchos países indican que una alta proporción de mujeres ha experimentado violencia de una manera u otra en algún momento de su vida. La OMS calcula que en todo el mundo, una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de su pareja íntima y/o violencia sexual fuera de la pareja alguna vez en sus vidas. Estudios realizados en Rwanda, Tanzania y Sudáfrica muestran que el riesgo de contraer el VIH entre las mujeres que han sufrido violencia es hasta tres veces mayor que en el caso de las mujeres que no la han experimentado. Consulte el anexo 7 para más información sobre el seguimiento de los avances hacia la igualdad de género más allá del indicador 7.1.

Numerador:	Número de mujeres de 15 a 49 años que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos 12 meses. (Consulte más adelante la explicación del numerador para saber qué actos específicos de violencia física o sexual a incluir).
Denominador:	Número total de mujeres de 15 a 49 años encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, las de demografía y salud o de indicadores del sida (modulo de violencia doméstica), o las encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres. La recopilación de datos sobre la violencia contra las mujeres requiere metodologías especiales que respeten las normativas éticas y de seguridad para garantizar que la información se recabe de una manera ética que no suponga ningún riesgo para las personas que son objeto de estudio, y que en cierto modo maximicen la validez y la fiabilidad de los datos.
Frecuencia de medición:	De 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)</li> <li>• Estado serológico (si está disponible)</li> </ul>

## Aclaración sobre el numerador

Dentro de este grupo de mujeres de 15 a 49 años se incluyen las mujeres que han estado casadas o han tenido pareja íntima en algún momento. El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se convive, estén o no estén casados en ese momento. Se pregunta a estas mujeres si han experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima masculina en los últimos 12 meses. Para determinar si hubo o no violencia física o sexual, se les pregunta si su pareja hizo algo de lo siguiente:

- Le dio un bofetón o le lanzó algo que pudo herirla.
- La empujó.
- La golpeó con el puño o de otra forma que pudiera lesionarla.
- La pateó, arrastró o le dio una paliza.
- La estranguló o la quemó.
- La amenazó con una pistola, un cuchillo u otra arma, o la usó en su contra.
- La forzó físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad.
- La forzó a realizar un acto sexual que a ella le pareció degradante o humillante.
- La atemorizó con lo que sería capaz de hacer si no accedía a tener relaciones sexuales con él.

Las mujeres que declaran haber experimentado al menos uno de esos incidentes en los últimos 12 meses se incluyen en el numerador.

## Aclaración sobre el denominador

El número total de mujeres encuestadas de 15 a 49 años que tienen o tuvieron una pareja íntima.

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa los progresos realizados en la reducción de la proporción de mujeres que han experimentado recientemente violencia por parte de una pareja íntima, como un resultado en sí mismo. Además, el indicador también debe interpretarse como indicador alternativo para evaluar la igualdad de género. Un cambio en el nivel de prevalencia de la violencia reciente a lo largo del tiempo indicará un cambio en el nivel de igualdad de género, que es uno de los factores estructurales que impulsan la epidemia del VIH. La igualdad de género tiene una relación clara e inversa con la violencia por parte de la pareja íntima: en los países en los que dicha violencia es elevada, la igualdad de género, los índices de educación de las mujeres y los derechos y la salud reproductiva de las mujeres son bajos.

El indicador se centra en la violencia reciente por parte de la pareja íntima, y no en si dicha violencia ha tenido lugar en alguna ocasión, para poder hacer un seguimiento y evaluar el progreso a lo largo del tiempo. El hecho de que este tipo de violencia se haya producido en alguna ocasión mostraría muy pocos cambios a lo largo del tiempo, sin importar cuál es el nivel de programación, dado que el numerador incluiría a las mismas mujeres siempre y cuando estuvieran dentro del marco de edad establecido. Las reducciones sostenidas de la violencia por parte de la pareja íntima no son posibles sin cambios fundamentales en las normas de género desiguales, en las relaciones de género en el hogar y a nivel comunitario, en los derechos legales y consuetudinarios de las mujeres, en el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a los recursos económicos y sociales, y en la participación masculina en la salud reproductiva e infantil. Tampoco son posibles sin promover la responsabilidad del hombre en la prevención del VIH. Por tanto, los cambios en este indicador señalarán cambios positivos en la situación y el trato de las mujeres en todos los ámbitos sociales, lo que a su vez contribuirá de forma directa e indirecta a reducir el riesgo de contraer el VIH.

Incluso tras adherirse a las directrices éticas y de seguridad de la OMS, y de facilitar un entorno propicio para realizar las entrevistas, siempre habrá mujeres que no revelen esta información. Esto significa que las estimaciones serán más conservadoras que el nivel real de violencia que ha experimentado la población encuestada.

La compleja relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH se ha ilustrado conceptualmente en un estudio exhaustivo sobre el estado actual de pruebas y prácticas a la hora de desarrollar y aplicar intervenciones y estrategias para abordar la intersección de la violencia contra las mujeres y el VIH. Durante más de una década, investigaciones de todo el mundo han documentado el vínculo innegable entre la violencia contra las mujeres y el VIH. Los estudios han demostrado que hay un vínculo entre la violencia contra las mujeres y el VIH, dado que ambos factores contribuyen a la infección y son, al mismo tiempo, una consecuencia de la infección. Esta relación funciona a través de una variedad de mecanismos directos e indirectos. Por ejemplo:

- El miedo a la violencia puede frenar a las mujeres a la hora de insistir en el uso del preservativo con una pareja masculina de la que sospechen que puede ser seropositiva.
- El miedo a la violencia por parte de la pareja íntima puede impedir a las mujeres revelar su estado serológico o buscar tratamiento.
- La penetración vaginal forzada aumenta el riesgo de transmisión del VIH.
- La violación es una manifestación de la desigualdad de género y puede derivar en la infección por el VIH, aunque esto represente una minoría de los casos.
- La violación y otro tipo de abuso sexual y físico pueden derivar en malestar emocional que se manifiesta en comportamientos sexuales arriesgados, con el resultado de que la persona contrae el VIH.

Para este indicador en 2015 se incluye un cuadro de comentarios adicional a fin de que los países puedan reportar cualquier dato disponible sobre la violencia de género contra mujeres, hombres y poblaciones clave, incluidas mujeres que viven con el VIH. La violencia de género fuera de la pareja también aumenta la vulnerabilidad de hombres, niños y poblaciones clave ante el VIH. Estos datos adicionales ayudan a adquirir una mejor comprensión de la situación, así como a alinear los avances en la igualdad de género con el contexto epidémico de cada país.

## Más información

*Invertir en la igualdad de género para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas.* Informe de UNIFEM, octubre de 2010, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

*Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Dunkle K. L., Head S., García Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: a systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

*Gender-based violence and HIV.* Cambridge, MA, Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos en la Escuela de Harvard sobre Salud Pública, 2009.

Maman S. et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:459–478.

*Global and regional estimates of violence against women.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

*Unite with women, unite against violence and HIV.* Ginebra, ONUSIDA, 2014.

Organización Mundial de la Salud/Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. *Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

Dunkle KL, Decker MR. *Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups.* *Am J Reprod Immunol* 2013; 69 (Supl. 1): 20–26.

*The Gap Report* Capítulo 2: Adolescents and Young women, p. 132-145  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids\\_gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf).



## OBJETIVO 8: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

---

### 8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

---

#### 8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

---

*Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la reducción de actitudes discriminatorias, y el apoyo a las políticas de lucha contra la discriminación.

#### Justificación

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por el Derecho internacional y por la mayoría de las constituciones nacionales. La discriminación en el contexto del VIH hace referencia a un trato injusto (por acto u omisión) de una persona debido a su estado, real o supuesto, en relación con el VIH. La discriminación intensifica los riesgos y priva a las personas de sus derechos, y con ello se alimenta la epidemia del VIH.

Este indicador no es una medida directa de la discriminación, sino más bien una medida de las actitudes discriminatorias que pueden desembocar en acciones (u omisiones) discriminatorias. Una parte de este indicador mide el posible respaldo por parte de los entrevistados a la discriminación que tiene lugar dentro de una institución, mientras que la otra mide el aislamiento social o las expresiones conductuales del prejuicio. El indicador compuesto puede interpretarse como una medición de la manifestación clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de que se produzca discriminación relacionada con el VIH dentro de la población general. Este indicador podría contribuir a comprender y mejorar las intervenciones en el ámbito de la discriminación relacionada con el VIH de las siguientes maneras: (1) mostrando el cambio con el paso del tiempo en el porcentaje de las personas con actitudes discriminatorias, (2) permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales, estatales y locales, y (3) haciendo hincapié en ámbitos de acción prioritarios.

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que respondieron “No” a cualquiera de las dos preguntas.
Denominador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que han oído hablar del VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas). Este indicador se elabora con las respuestas que, en el marco de una encuesta de población general, den los entrevistados que han oído hablar del VIH al siguiente conjunto de preguntas específicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• “¿Compraría vegetales frescos de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?” (Sí; No; No sé/No estoy seguro/Depende)</li> <li>• ¿Cree que los niños que viven con el VIH pueden ir a la escuela con niños que son seronegativos? (Sí; No; No sé/No estoy seguro/Depende)</li> </ul>
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad (15-19, 20-24, 25-49)</li> <li>• Sexo</li> <li>• Deben facilitarse respuestas para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la respuesta consolidada para el indicador compuesto.</li> </ul>

## Aclaración sobre el numerador

Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y del sida deben excluirse del numerador y del denominador. Los participantes que respondieron “No sé/No estoy seguro/Depende” y los que se negaron a responder también deben excluirse de los análisis.

Es importante evaluar la proporción de participantes elegibles que respondieron “No sé/No estoy seguro/Depende” o que se negaron a responder a las preguntas. Una elevada proporción de «No sé/No estoy seguro/Depende» y de negativas a responder reducirá la precisión de los resultados y puede indicar problemas en relación con la aplicabilidad de la pregunta dentro del marco de la encuesta.

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente las actitudes discriminatorias y el apoyo a las políticas de discriminatorias.

La pregunta sobre la compra de vegetales es prácticamente idéntica a la pregunta utilizada en las encuestas EDS para hacer un seguimiento de las “actitudes de aceptación” hacia las personas que viven con el VIH, lo que permite realizar un seguimiento continuado de las tendencias. Sin embargo, la pregunta se centra en respuestas negativas (actitudes discriminatorias) en lugar de en positivas (actitudes de aceptación). Estas medidas suponen una mejora frente a las medidas utilizadas previa-

mente para el indicador de «actitudes de aceptación» puesto que se pueden aplicar en entornos de alta y de baja prevalencia del VIH, en países de ingresos altos y bajos, y son relevantes en una amplia gama cultural. Las medidas individuales y el indicador compuesto no se basan en que el encuestado haya observado actos manifiestos de discriminación contra personas que viven con el VIH, que en muchos contextos son poco habituales y difíciles de caracterizar y cuantificar. Las medidas individuales y el indicador compuesto evalúan las actitudes individuales, que pueden tener un papel más directo a la hora de influir en la conducta.

Las preguntas recomendadas evalúan el grado de acuerdo con situaciones hipotéticas y no miden sucesos de discriminación presenciados, y por ello pueden producirse sesgos de conveniencia social, que hacen que no se notifiquen todas las actitudes discriminatorias. No existen mecanismos para examinar la frecuencia con la que se produce la discriminación, o la gravedad de las formas de discriminación.

Además de realizar encuestas que midan la prevalencia de actitudes discriminatorias en una comunidad, lo ideal sería que, en la medida de lo posible, se recabasen datos cualitativos para documentar los orígenes de la discriminación. Asimismo, sería aconsejable recopilar habitualmente datos de personas que viven con el VIH sobre experiencias reales de estigma y discriminación, a través del Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH ([www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)), y comparar los resultados con los datos derivados del indicador de actitudes discriminatorias.

## Más información

Para obtener más información sobre el estigma y la discriminación, así como sobre los esfuerzos para medir su prevalencia, véase:

Segmento temático sobre la no discriminación, 31ª reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA. Nota de antecedentes. ([www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111\\_PCB%2031\\_Non%20Discrimination\\_final\\_newcoverpage\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf))

Stangl, A., Brady, L., Fritz, K. Technical Brief: Measuring HIV Stigma and Discrimination. Washington D.C. y Londres: Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer y London School of Tropical Medicine; STRIVE, 2012 ([http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)).

Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L. et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Revista de la Sociedad Internacional del Sida*. 2013, suplemento del vol. 16 ([www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464)).

[www.stigmaactionnetwork.org](http://www.stigmaactionnetwork.org)

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

### *Nota especial para la ronda de reporte de 2015:*

- Dado que este indicador es relativamente nuevo, es posible que la mayoría de los países no puedan informar sobre él en la ronda de notificación de 2015.
- Por ello, se pide a los países que notifiquen los datos de la anterior versión de la pregunta 1, ¿Compraría vegetales frescos de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?. Esta pregunta se ha incluido sistemáticamente en las EDS de muchos países.
- Cuando utilice datos de las EDS para responder a la pregunta 1 del indicador 8.1, el numerador debe incluir únicamente la respuesta “No”. Nótese que el indicador disponible actualmente en DHS StatCompiler y en los informes nacionales finales de EDS corresponde al porcentaje que respondió “Sí”. Es posible que la suma de las respuestas “Sí” y “No” no corresponda al 100% si hay alguna respuesta “No lo sé” o falten valores. Por lo tanto, no sería preciso calcular el porcentaje de personas que respondieron “No” a esta pregunta restando el porcentaje de respuestas “Sí” del 100%. Los datos de las EDS para esta pregunta están accesibles haciendo clic en “Descargar datos” de la herramienta de presentación de informes en línea del GARPR, dentro del indicador 8.1.
- En futuras rondas de notificación, los países deberán informar sobre el indicador completo.

El indicador 8.1 ofrece una medida importante de la prevalencia de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH. Para tener un análisis más completo de los avances en la eliminación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH, así como del éxito o fracaso de las iniciativas para reducir el estigma, es importante medir también otros dominios relacionados. Se han añadido los siguientes indicadores que pueden ayudar a este fin en el Registro de Indicadores. Para más información, consulte el siguiente enlace: <http://www.indicatorregistry.org/?q=taxonomy/term/677>.

- Manifestaciones negativas del estigma relacionado con el VIH (no es final)  
Porcentaje de personas seropositivas que afirman haber sufrido manifestaciones individuales o colectivas de estigma relacionado con el VIH.
- Miedo a la transmisión del VIH por contacto casual con una persona seropositiva (no es final)  
Porcentaje de personas que afirman temer infectarse por el VIH mediante un contacto no invasivo con una persona seropositiva.
- Personal de centros de salud: políticas institucionales (Nivel 1)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que afirman que su centro cuenta con directrices por escrito para proteger a los pacientes que viven con el VIH frente a la discriminación.
- Personal de centros de salud: aplicación de políticas institucionales (Nivel 2)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que afirman que tendrían problemas en el trabajo si discriminaran a los pacientes que viven con el VIH.
- Personal de centros de salud: miedo de la infección por el VIH (Nivel 1)  
Porcentaje de empleados de centros de salud a los que les preocupa infectarse por el VIH cuando atienden u ofrecen servicios a pacientes que viven con el VIH.
- Personal de centros de salud: actitudes y opiniones (Nivel 1)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que tienen opiniones estigmatizantes sobre las personas que viven con el VIH.
- Personal de centros de salud: estigma observado (Nivel 1 para contextos de alta prevalencia del VIH y nivel 2 para contextos de baja prevalencia o prevalencia concentrada)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que han sido testigos de un tratamiento injusto de pacientes que viven con el VIH en su lugar de trabajo.
- Personal de centros de salud: precauciones y medidas innecesarias (Nivel 2)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que usan precauciones innecesarias cuando atienden y ofrecen servicios a pacientes que viven con el VIH.
- Personal de centros de salud: necesidades y apoyo de los empleados (Nivel 2)  
Porcentaje de empleados de centros de salud que afirman que el entorno laboral no ayuda a proteger a los empleados de la exposición al VIH relacionada con el trabajo.



## OBJETIVO 9: ELIMINAR LAS RESTRICCIONES DE VIAJES

---

*Los datos sobre restricciones de viaje son recopilados directamente por la División Jurídica y de Derechos Humanos del ONUSIDA, por lo que no es necesario notificarlos.*

---



## OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

- 
- 10.1 *Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años\**
- 10.2 *Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses*
- 

### 10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos

---

*Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos (de 10 a 14 años, en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria)*

---

#### Qué mide

Los progresos realizados en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos.

El indicador se divide en dos partes para poder comparar la situación de los huérfanos y de los no huérfanos:

Parte A: tasa actual de asistencia escolar por parte de los huérfanos de 10 a 14 años que están en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria.

Parte B: tasa actual de asistencia escolar de los niños de 10 a 14 años que están en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.

#### Justificación

El sida se está cobrando la vida de adultos, precisamente en el período de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Con frecuencia, la orfandad trae consigo prejuicios y una mayor pobreza, factores que pueden reducir aún más la probabilidad de que los niños terminen sus estudios y llevarlos a adoptar estrategias de supervivencia que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante realizar un seguimiento de hasta qué punto los programas de apoyo relacionados con el sida garantizan oportunidades educativas para los huérfanos.

Numerador:	<p>Parte A: Número de niños de 10 a 14 años, en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela.</p> <p>Parte B: Número de niños de 10 a 14 años, en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asisten a la escuela.</p>
Denominador:	<p>Parte A: Número de niños que ha perdido a ambos progenitores.</p> <p>Parte B: Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos.</p>
Cálculo:	Para la parte A y B: Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas).</p> <p>Por cada niño de 10 a 14 años que está en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria, y que vive en un hogar, se pregunta a un miembro de dicho hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? En caso afirmativo, ¿vive en el mismo hogar?</li> <li>2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? En caso afirmativo, ¿vive en el mismo hogar?</li> <li>3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar?</li> </ol>
Measurement frequency:	<p>Preferiblemente: cada dos años.</p> <p>Como mínimo: cada 4-5 años.</p>
Disaggregation:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> </ul>

## Aclaración sobre el numerador

La definición de «estar en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria» debería ser coherente con la definición de la UNESCO, y como en el presente documento, debería emplearse para calcular otros indicadores de la educación, como la tasa neta de asistencia y matriculación en la escuela primaria y en la escuela secundaria de cada país. Las poblaciones que están en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria pueden variar ligeramente de un país a otro. Por tanto, este indicador emplea los términos “en edad de acudir a la escuela primaria” y “en edad de acudir a la escuela secundaria” como se hace actualmente en las mediciones internacionales estándar, incluidos los grandes programas de encuestas, tales como la ESD o MICS, para permitir que cada país aplique sus propios grupos de edad para la escuela primaria y secundaria. Lo importante es comparar la asistencia escolar actual de los huérfanos y no huérfanos en la escuela primaria y secundaria, más que por edades específicas

## Puntos fuertes y débiles

Las definiciones utilizadas aquí de huérfano y no huérfano, es decir, niño de 10 a 14 años cumplidos cuyos progenitores han fallecido o siguen vivos, respectivamente, se eligen de manera que permitan identificar el máximo efecto de la desventaja resultante de la orfandad y efectuar su seguimiento a lo largo del tiempo. Se utiliza el intervalo de 10 a 14 años porque es más probable que los huérfanos

de menor edad hayan perdido a sus padres recientemente, de modo que el efecto perjudicial en sus estudios haya tenido poco tiempo para materializarse. Sin embargo, los huérfanos son generalmente mayores que los no huérfanos (ya que los padres de los niños menores suelen ser seropositivos desde hace menos tiempo) y es más probable que los niños mayores hayan dejado los estudios.

Es habitual que los datos utilizados para medir este indicador se obtengan de encuestas realizadas en los hogares. Los niños no registrados en tales encuestas, es decir, los que viven en instituciones o en la calle, son generalmente los más desfavorecidos y es más probable que sean huérfanos. Por consiguiente, el indicador tiende a subestimar la desventaja relativa en la asistencia escolar que experimentan los niños huérfanos.

El indicador no distingue entre los niños que perdieron a sus padres debido al sida y aquellos cuyos padres fallecieron por otras causas. En países con epidemias más pequeñas o en los primeros estadios de la epidemia, la mayoría de los huérfanos habrá perdido a sus padres por causas no relacionadas con el VIH. Toda diferencia en el trato a los huérfanos según la causa conocida o presunta de defunción de los padres podría influir en las tendencias del indicador. Sin embargo, hasta la fecha se tienen pocas pruebas de que tales diferencias en el trato sean frecuentes.

El indicador no proporciona información sobre el número real de niños huérfanos. Limitarse a huérfanos de ambos padres y a niños de 10 a 14 años significa que las estimaciones pueden basarse en cantidades menores en países con epidemias pequeñas o incipientes.

## Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:  
[http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)

## 10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

---

*Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses*

---

### Qué mide

Los progresos realizados en el suministro de apoyo económico externo a los hogares más pobres que viven con el VIH y el sida.

### Justificación

El apoyo económico (en particular, la asistencia social y la ayuda para la subsistencia) a los hogares pobres y que viven con el VIH sigue siendo una prioridad en muchos programas integrales de apoyo y atención. Este indicador refleja el creciente compromiso internacional con la protección social relacionada con el VIH. Reconoce que el hogar debería ser la unidad de análisis primaria, puesto que muchos servicios de atención y apoyo están dirigidos al nivel del hogar. Realizar un seguimiento de la cobertura de los hogares con huérfanos y dentro del quintil más pobre sigue siendo una prioridad de desarrollo.

<b>Numerador:</b>	<p>Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico externo en los últimos tres meses.</p> <p>El apoyo económico externo se define como una ayuda económica gratuita (concesiones en efectivo, asistencia para pagar las matrículas escolares, material de ayuda con fines educativos, apoyo para la generación de ingresos en efectivo o en especie, asistencia alimentaria dentro del hogar, o apoyo material o económico destinado al alojamiento) que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de base comunitaria. Lo más probable es que esta fuente sea un gobierno nacional u organización de la sociedad civil.</p>
<b>Denominador:</b>	<p>Número total de los hogares más pobres.</p> <p>Los hogares más pobres se definen como aquellos hogares en el quintil de riqueza inferior. Los países deberían usar la definición del indicador y el método de medición exactos para supervisar y notificar los progresos normalizados a nivel nacional e internacional. Esto permitirá el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo, y las comparaciones con otros países diferentes. No obstante, los países pueden añadir o excluir otras categorías a nivel local (por ejemplo, otros quintiles de riqueza), en función de las necesidades nacionales respecto a la planificación y aplicación del programa nacional.</p>
<b>Cálculo:</b>	<p>Numerador / Denominador</p>
<b>Método de medición:</b>	<p>Encuestas de base demográfica tales como las encuestas de ingresos y gastos en los hogares, encuestas de presupuestos de los hogares, encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas a escala nacional. Las Oficinas Nacionales de Estadísticas realizan encuestas de ingresos y gastos en los hogares que incluyen preguntas sobre "las transferencias actuales recibidas (efectivo, productos y servicios)".</p> <p>Se completa una evaluación de la situación económica del hogar (mediante una evaluación de los bienes en propiedad) en la fase de análisis de los datos, usando el quintil de riqueza para identificar el 20% de los hogares más pobres. Sin embargo, como no es posible identificar los hogares más pobres mientras se recopilan los datos, las preguntas relacionadas con el apoyo económico deben formularse a todos los hogares. Solo aquellos hogares que estén en el quintil de riqueza más bajo se incluirán en este indicador.</p> <p>Como parte de la encuesta de los hogares, debe usarse una lista de todos los integrantes del hogar en la que figuren sus edades, e identificar a todos los hogares con menores de 18 años y con huérfanos, durante el año anterior a la encuesta. A continuación, se formulará a cada hogar una serie de preguntas sobre los tipos de apoyo económico recibido en los últimos tres meses, y acerca de la fuente principal de la ayuda.</p> <p>Se formulan a los cabezas de familia o a los encuestados las siguientes preguntas sobre el tipo de apoyo económico externo que han recibido en los últimos tres meses.</p>

¿Ha recibido su hogar cualquiera de las siguientes formas de apoyo económico externo durante los últimos tres meses?:

- a) Transferencias en efectivo (p. ej. pensiones, ayuda por discapacidad, ayuda por hijo; este punto debe adaptarse según el contexto nacional).
- b) Asistencia para pagar las matrículas escolares.
- c) Material de ayuda con fines educativos (p. ej. uniformes, libros, etc.).
- d) Ayuda para la generación de ingresos en efectivo o en especie; p. ej. insumos agrícolas.
- e) Asistencia alimentaria dentro del hogar o en una institución externa (p. ej. un colegio).
- f) Apoyo material o económico destinado al alojamiento.
- g) Otro tipo de apoyo económico (especifique).

Se completa una evaluación de la situación económica del hogar (mediante una evaluación de los bienes en propiedad) en la fase de análisis de los datos, usando el quintil de riqueza. Entonces, será posible determinar hasta qué punto los hogares más pobres reciben apoyo económico externo.

Frecuencia de medición:

Cada 4-5 años

Desglose:

Se recomienda que el indicador se desglose por tipo de apoyo económico externo para poder realizar un seguimiento de los distintos tipos de ayudas económicas proporcionadas. En especial, podremos distinguir entre el acceso a la asistencia social gratuita, como las transferencias de dinero en efectivo (que suelen estar destinadas a los hogares pobres que sufren escasez de trabajo) y las ayudas para la subsistencia, que suelen estar destinadas a los hogares pobres con menos escasez de trabajo. También se recomienda que el indicador se desglose según haya huérfanos o no en el hogar, puesto que la orfandad sigue siendo un factor determinante de la vulnerabilidad, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los servicios. Cuando sea posible, los datos también deberían desglosarse según el entorno de residencia: rural o urbano. En los países que opten por emplear datos de hogares situados en otros quintiles de riqueza, además de los que están en el quintil más bajo, el indicador también se puede comparar con otros quintiles de riqueza para comprobar si el apoyo económico externo llega al quintil más bajo, en comparación con los quintiles más ricos

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador aporta nuevas pruebas de la necesidad de centrarse más en las dimensiones de la vulnerabilidad relacionadas con la pobreza. El hecho de que el indicador se base en la extrema pobreza en contextos de alta prevalencia garantiza una buena cobertura de los hogares pobres que viven con el VIH. Los indicadores alternativos del sida (como las “enfermedades crónicas”) a menudo se han asociado poco al VIH, y apenas se han vinculado con resultados adversos en materia de desarrollo. Además, son muy difíciles de definir en los cuestionarios para los hogares.

Este indicador muestra cambios en los niveles del apoyo económico para los hogares más pobres. En los contextos de alta prevalencia, en concreto, es probable que la mayoría viva con el VIH. El indicador también ilustra cambios en la composición del apoyo externo (p. ej. dinero en efectivo, alimentos, subsistencia) recibido por los hogares pobres.

El indicador no mide el apoyo económico directo que reciben los hogares seropositivos, que es difícil de establecer durante una encuesta, aunque sugiere de forma implícita que los hogares que viven en el quintil inferior en contextos con gran prevalencia tendrán más posibilidades de recibir un impacto negativo del VIH y el sida, y de necesitar ayuda económica. Para que la medición resulte lo más sencilla posible, el indicador no pretende identificar las distintas fuentes de apoyo económico de los hogares, aunque este dato debería quedar reflejado parcialmente en la Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS).

La recopilación de datos a través de encuestas de base demográfica, en especial la ESD y MICS, supone que el indicador no refleja la situación de las personas que viven fuera de hogares, como los niños de la calle, los niños que viven en instituciones y las poblaciones desplazadas. Es preciso llevar a cabo encuestas separadas para poder realizar el seguimiento de la cobertura de estas poblaciones tan vulnerables.

## Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:  
[http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)

## POLÍTICAS GUBERNAMENTALES SOBRE VIH Y SIDA

Cada dos años, el GARPR requiere que se complete el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) para medir los avances en el desarrollo y la ejecución de políticas, estrategias y leyes nacionales sobre el VIH y el sida. La última presentación de informes sobre el ICPN fue en 2014, por lo que no tendrá lugar en 2015. Actualmente se está realizando una revisión del ICPN para evaluar la finalidad de esta herramienta tras 2015 y proponer una nueva herramienta con vistas a 2020/2030.

Se espera que la versión revisada del ICPN se incluya en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2016.

## APÉNDICES

---

*Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados*

*Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional*

*Apéndice 3. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados*

*Apéndice 4. Bibliografía seleccionada*

*Apéndice 5. Indicadores de la circuncisión masculina*

*Apéndice 6. Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación*

*Apéndice 7. Directrices para monitorear los avances en la eliminación de las desigualdades de género*

---

### Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados

A continuación figura el modelo completo para la presentación de la parte narrativa del Informe nacional sobre los progresos realizados y las instrucciones detalladas para rellenar las diferentes secciones incluidas. Se recomienda encarecidamente entregar los datos de los indicadores a través de la herramienta de notificación en línea recomendada.

## INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS [Nombre del país]

Fecha de presentación: indique la fecha de envío formal del informe nacional al ONUSIDA.

### Índice

#### I. Resumen de la situación

Instrucciones: esta sección ofrecerá al lector un breve resumen de:

- (a) la participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe;
- (b) la situación de la epidemia;
- (c) la respuesta política y programática;
- (d) los datos de los indicadores en una tabla general.

## II. Panorama general de la epidemia de sida

Instrucciones: En este apartado se expondrá la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país en 2014, en base a la vigilancia centinela, las encuestas nacionales y otros estudios específicos. Debe incluirse la fuente de información de todos los datos aportados.

## III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

Instrucciones: Esta sección reflejará el cambio observado en el compromiso nacional y en la ejecución del programa, desglosado en los siguientes aspectos: prevención, atención, tratamiento y apoyo; cambio en los conocimientos y el comportamiento; y mitigación del impacto, durante 2014.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la ejecución de los programas del VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH, basándose en los datos de los indicadores. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad. Los países también emplearán los datos de rondas previas del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo y aplicación de políticas/estrategias. Se insta a los países a que notifiquen datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos presentados.

## IV. Mejores prácticas

Instrucciones: Esta sección incluirá ejemplos detallados de lo que se consideran mejores prácticas en el país en uno o varios ámbitos clave (como liderazgo político; entorno político favorable; ampliación de programas eficaces de prevención; ampliación de programas de atención, tratamiento o apoyo; seguimiento y evaluación; fortalecimiento de las capacidades, o desarrollo de infraestructuras). El objetivo de esta sección es compartir las lecciones aprendidas con otros países.

## V. Principales desafíos y medidas correctoras

Instrucciones: Esta sección se centrará en:

- (a) los progresos realizados con respecto a los desafíos clave mencionados en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2013;
- (b) los desafíos afrontados durante todo el período de notificación (2014) que hayan obstaculizado la respuesta nacional, en general, y los avances hacia la consecución de los objetivos, en particular;
- (c) las medidas correctoras concretas planeadas para garantizar que se cumplan los objetivos acordados.

## VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país (si es relevante)

Instrucciones: Esta sección debería centrarse en: a) el apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo, y b) las medidas que deben emprender dichos asociados para garantizar el logro de los objetivos.

## VII. Entorno de seguimiento y evaluación

Instrucciones: Esta sección debería facilitar: a) un panorama general del sistema actual de seguimiento y evaluación (SyE); (b) los desafíos encontrados en la aplicación de un sistema integral de SyE; c) las medidas correctoras planificadas para superar los desafíos; y d) destacar, cuando sea apropiado, las necesidades de asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades en materia de SyE.

## ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento del progreso relativo a la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH y el sida

Envíe su Informe nacional completo sobre los progresos realizados en la lucha contra el sida antes del 31 de marzo de 2015, mediante la herramienta de presentación de informes recomendada.

Todas las consultas relacionadas con la presentación de informes mundiales sobre el sida deben dirigirse a la Secretaría del ONUSIDA: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)

## Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional

Para informar sobre el indicador 6.1, los países deben completar y enviar la Matriz de Financiación Nacional, que refleja el gasto relativo al sida en un país determinado durante un periodo de tiempo definido. La Matriz de Financiación Nacional está disponible en la herramienta de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, en <http://AIDSreportingtool.unaids.org>.

### Hoja principal

En la hoja principal del archivo Excel se pide a los países que incluyan:

- El nombre del país. El menú desplegable permite seleccionar el nombre del país.
- Fecha en la que se introducen los datos en el siguiente formato: día/mes/año.
- Institución responsable de completar los formularios de los indicadores, junto con el nombre y la información de contacto de la persona responsable del envío y del seguimiento de la Matriz de Financiación Nacional.
- Ciclo de presentación de informes para cada año notificado por el país. El menú desplegable permite seleccionar un año natural o fiscal para cada ciclo.
- Fecha de inicio y fecha final para cada ciclo de presentación de informes en el siguiente formato: de: mm/aaaa a: mm/aaaa.
- Moneda de presentación de informes. El menú desplegable permite seleccionar la moneda local o USD.
- Unidad monetaria utilizada en los montos expresados. El menú desplegable permite seleccionar unidades, miles o millones para cada ciclo de presentación de informes.
- Promedio del tipo de cambio para el periodo de presentación de informes, por ejemplo, moneda local a 1 USD por cada ciclo.

- Metodología/herramienta para la Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS) utilizada para el indicador 6.1. El menú desplegable permite seleccionar la Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS), el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) u otras, e incluye un cuadro de texto para facilitar cualquier referencia explícita a la forma en la que se recogieron los datos para cada ciclo de presentación de informes.
- Gasto no reflejado para cada ciclo de presentación de informes. Los cuadros de texto permiten enumerar las actividades que no fueron reflejadas en la Matriz de Financiación Nacional, junto con los motivos.
- Montos de las contribuciones al presupuesto general realizadas en cada periodo de presentación de informes por una fuente internacional, o notificados dentro de la financiación de “fuentes públicas”. Si dicho presupuesto se incluyó dentro de las subcategorías centrales, nacionales y/o subnacionales, indique para cada ciclo el donante, el monto y el tipo de divisa.

## Estructura de la matriz

El marco central de contabilidad se organiza en torno a un sistema de dos ejes para registrar el gasto relativo al VIH y al sida: clasificaciones de los programas y fuentes de financiación. Abordan dos preguntas básicas:

- ¿Qué tipos de programas y servicios se están ejecutando?
- ¿Qué fuentes de financiación facilitan los fondos para estos programas y servicios?

Las respuestas a estas preguntas se consiguen recopilando y analizando datos sobre el gasto relacionado con el sida de donantes, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, proveedores de seguros, entidades gubernamentales y los hogares. Los datos de todas las fuentes de financiación deben verificarse para evitar recuentos dobles y producir una estimación precisa del gasto real de capital en el país durante un periodo de tiempo determinado. *En Medición del Gasto en Sida (MEGAS): Clasificación y definiciones*<sup>1</sup> se incluyen descripciones detalladas de las fuentes de financiación. Nótese que los datos sobre las fuentes privadas son opcionales. Sin embargo, es altamente recomendable que los países recopilen y comuniquen los datos disponibles en esta área, con referencias explícitas a la metodología utilizada y una descripción de los programas relacionados con el sida cubiertos dentro del ejercicio.

El marco de clasificación de los programas de sida se estructura en torno a los 10 objetivos de la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, y se divide en ocho áreas programáticas básicas en materia de sida. Cada área comprende un conjunto de categorías de gasto específicas, incluidos programas básicos de prevención y tratamiento, así como factores críticos y sinergias de desarrollo.

A continuación se incluye la lista completa de áreas programáticas para el sida y las categorías de gasto.

<sup>1</sup> ONUSIDA. Medición del Gasto en Sida (MEGAS): Clasificación y definiciones, [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916\\_nasa\\_classifications\\_edition\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf)

**Objetivo 1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015**

**1. Prevención de la transmisión sexual del VIH**

- 1.1 Programas de cambio de conductas
- 1.2 Promoción del preservativo
- 1.3 Circuncisión masculina médica voluntaria
- 1.4 Profilaxis posterior a la exposición
- 1.5 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- 1.6 Programas para profesionales del sexo y sus clientes
- 1.7 Programas para personas transgénero
- 1.8 Profilaxis previa a la exposición para parejas serodiscordantes
- 1.9 Programas para niños y adolescentes
- 1.10 Movilización comunitaria
- 1.11 Transferencias de efectivo para niñas

**Objetivo 2. Reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables en un 50% para 2015**

**2. Prevención del VIH para usuarios de drogas inyectables**

- 2.1 Intercambio de agujas y jeringas y otros programas de prevención para usuarios de drogas inyectables
- 2.2 Terapia de sustitución

**Objetivo 3. Eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida**

**3. Prevención de la transmisión maternoinfantil**

- 3.1 Antirretrovíricos para la PTMI
- 3.2 Componente no relacionado con el tratamiento antirretrovírico para la PTMI

**Objetivo 4. Ofrecer tratamiento antirretrovírico vital a 15 millones de personas que viven con el VIH para 2015**

**4. Acceso universal al tratamiento**

- 4.1 Pruebas del VIH
- 4.2 Atención previa al tratamiento y cuidados paliativos
- 4.3 Tratamiento antirretrovírico para adultos
- 4.4 Tratamiento antirretrovírico pediátrico
- 4.5 Apoyo y retención

**Objetivo 5. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH para 2015**

**5. Tuberculosis**

- 5.1 Detección y diagnóstico de la tuberculosis en personas que viven con el VIH
- 5.2 Tratamiento de la tuberculosis para personas que viven con el VIH

**Objetivo 6: Cubrir el déficit mundial de recursos para el sida para 2015 y alcanzar una inversión anual global de 22 a 24 mil millones de USD en países de ingresos bajos y medios**

**6. Gobernanza y sostenibilidad**

- 6.1 Información estratégica
- 6.2 Planificación y coordinación
- 6.3 Adquisición y logística
- 6.4 Fortalecimiento de los sistemas de salud

**Objetivo 8. Eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el VIH o que están afectadas por el virus mediante la promoción de leyes y políticas que garanticen la completa realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales**

**Objetivo 9. Eliminar las restricciones para entrar, permanecer o residir en un territorio relacionadas con el VIH**

**7. Factores críticos**

- 7.1 Diálogo político
- 7.2 Reducción del estigma
- 7.3 Reforma legislativa y cumplimiento de la ley
- 7.4 Desarrollo institucional/movilización comunitaria específicos para el sida

**Objetivo 7. Eliminar las desigualdades, los abusos y la violencia basados en el género y aumentar la capacidad de las mujeres y niñas a la hora de protegerse del VIH**

**Objetivo 10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para reforzar la integración de la respuesta al sida en las iniciativas mundiales de salud y desarrollo, así como para fortalecer los sistemas de protección social**

**8. Sinergias con los sectores de desarrollo**

- 8.1 Protección social
- 8.2 Programas de género
- 8.3 Educación
- 8.4 Lugar de trabajo
- 8.5 Sinergias con el sector de la salud

### Elementos adicionales/periféricos/otros

Enumere y describa cualquier programa esencial que quede fuera del sistema de clasificación sugerido.

## Instrucciones

- La financiación de fuentes públicas debe incluir únicamente los ingresos generados por el gobierno que han sido asignados a la respuesta al sida. No debe incluir ningún tipo de asistencia para el desarrollo de fuentes internacionales. Si el monto total del apoyo presupuestario puede identificarse, debe incluirse dentro de la subcategoría de fuentes internacionales correspondiente (por ejemplo, PEPFAR u “otras entidades bilaterales”). Si se incluye cualquier apoyo presupuestario en la subcategoría fuentes públicas, indíquelo en la hoja principal.
- No es necesario que la financiación facilitada por donantes bilaterales individuales se desglose por agencia donante en la matriz, a excepción del PEPFAR.
- La financiación facilitada por bancos de desarrollo debe clasificarse como “reembolsable” (por ejemplo, préstamos) que aparece dentro de fuentes públicas, o “no reembolsable” (por ejemplo, subvenciones) que se incluye en fuentes internacionales. Los países que reciban tanto préstamos como subvenciones deben prestar atención para asignar dichos fondos a las categorías correspondientes.
- La financiación facilitada por fundaciones internacionales debe incluirse dentro de la subcategoría “Otra ayuda internacional”.
- Incluir información sobre financiación de fuentes privadas es opcional. Sin embargo, es altamente recomendable que los países recopilen y comuniquen los datos disponibles en esta área para ofrecer una visión más completa de los fondos disponibles en la respuesta al sida.
- Los países deben incluir tantos detalles como sea posible en la Matriz de Financiación Nacional, incluido un desglose de todas las categorías y subcategorías aplicables de gastos en sida y fuentes de financiación. Se debe identificar claramente cualquier categoría o subcategoría que no se pueda aplicar en el país. Asimismo, dentro de la hoja principal de la matriz se incluirán explicaciones si alguna categoría no incluye estimaciones por cualquier otra razón.
- En la columna “Códigos programáticos de la Matriz de Financiación Nacional previa” se incluye la correspondencia entre los códigos de la matriz revisada y la matriz anterior.
- Hay varias categorías programáticas nuevas, pero se explican por sí solas.
- El gasto solo se debe contabilizar y atribuir a una única categoría y subcategoría programática para evitar que se contabilice por duplicado.
- Nótese que todas las categorías de gasto son específicas para el sida y solo deberán incluir gastos relacionados con el VIH y el sida. Este también es el caso de los factores y las sinergias, que se limitarán a los que se puedan atribuir directamente a la respuesta al sida.
- Si se pide a los países informar sobre programas esenciales fuera del sistema sugerido de programas básicos para el VIH y el sida, estos se pueden enumerar en la categoría “Elementos adicionales/periféricos/otros” al final de la tabla. En este caso, solicitamos descripciones de estos programas, junto con los gastos en los que se incurrió en cada ciclo de notificación.

- Para simplificar el uso y la vista de la matriz, existe la opción de ocultar o mostrar categorías de gasto para cada área programática de VIH y sida haciendo clic en “+” para ocultar o “-” para mostrar categorías en la parte izquierda de la tabla. La misma opción está disponible para las columnas de fuentes de financiación.
- La matriz genera subtotales y totales automáticos cuando es necesario. Las fórmulas de estas celdas están protegidas y presentan indicadores agregados únicamente cuando los datos de los componentes se introducen debidamente.
- Una vez que se completa la Matriz de Financiación Nacional, se deberá enviar mediante la herramienta en línea de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida.
- Si no tiene acceso a la herramienta de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, envíe la Matriz de Financiación Nacional al ONUSIDA por correo electrónico (AIDSreporting@unids.org).

La Secretaría del ONUSIDA recomienda encarecidamente que el Comité Nacional de Sida o su equivalente organice un taller de trabajo de un día para que las partes interesadas pertinentes revisen la Matriz de Financiación Nacional antes de proceder a su envío como parte del proceso de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Entre dichas partes interesadas se deben incluir los ministerios y departamentos gubernamentales federales, provinciales, regionales y estatales, organizaciones de la sociedad civil locales e internacionales, organismos multilaterales, donantes bilaterales, fundaciones y entidades del sector comercial, y representantes de otras iniciativas pertinentes para el seguimiento de los recursos.

## MATRIZ DE FINANCIACIÓN NACIONAL

País:								
Ciclo de notificación (año natural o fiscal):								
Inicio del ciclo de notificación (mm/aaaa):								
Fin del ciclo de notificación (mm/aaaa):								
Moneda del informe (moneda local o USD):								
Montos expresados en (unidades, miles o millones):								
Promedio del tipo de cambio en el periodo de notificación (de moneda local a 1 USD):								
Metodología/herramienta de medición de datos:								
<b>10 Objetivos:</b> Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011	Programas de VIH y sida	Códigos programáticos de la Matriz de Financiación Nacional previa	Fuentes públicas	Fuentes privadas	Fuentes internacionales	TOTAL		
			Total	Total	Total			
			Objetivo 1. Reducir la transmisión sexual del VIH un 50% para 2015.	1. Prevención de la transmisión sexual del VIH				
			Objetivo 2. Reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables un 50% para 2015.	2. Prevención del VIH para usuarios de drogas inyectables				
			Objetivo 3. Eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.	3. Prevención de la transmisión materno infantil				
Objetivo 4. Ofrecer tratamiento antirretrovírico vital a 15 millones de personas que viven con el VIH para 2015.	4. Acceso universal al tratamiento							
Objetivo 5. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH para 2015.	5. Tuberculosis							

<p>Objetivo 6: Cubrir el déficit mundial de recursos para el sida para 2015 y alcanzar una inversión anual global de 22 a 24 millones de USD en países de ingresos bajos y medios.</p>	<p>6. Gobernanza y sostenibilidad</p>				
<p>Objetivo 8. Eliminar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH o que están afectadas por el virus mediante la promoción de leyes y políticas que garanticen la completa realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales</p> <p>Objetivo 9. Eliminar las restricciones para entrar, permanecer o residir en un territorio relacionadas con el VIH.</p>	<p>7. Factores críticos</p>				
<p>Objetivo 7. Eliminar las desigualdades, los abusos y la violencia basados en el género y aumentar la capacidad de las mujeres y niñas a la hora de protegerse del VIH</p> <p>Objetivo 10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para reforzar la integración de la respuesta al sida en las iniciativas mundiales de salud y desarrollo, así como para fortalecer los sistemas de protección social.</p>	<p>8. Sinergias con los sectores de desarrollo</p>				
	<p>Elementos adicionales/periféricos/otros Enumere y describa cualquier programa esencial que quede fuera del sistema de clasificación sugerido.</p>				

### Apéndice 3. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados

Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos la secuencia temporal e hitos, y las funciones de las CNS, los órganos gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados pertinentes.

- Se ha garantizado la financiación para todos los aspectos de la presentación del informe.
- Se ha establecido el proceso de compilación, investigación y análisis de datos, incluidos:
  - La identificación de los instrumentos y fuentes pertinentes (incluido el programa Spectrum) para la recopilación de los datos relativos a cada indicador.
  - El calendario de recopilación de datos acorde con otros esfuerzos de obtención de datos, incluidos aquellos que proceden de órganos de financiación tales como el Fondo Mundial, el PEPFAR y los organismos de las Naciones Unidas.
  - El calendario de notificación de los indicadores basados en los centros, para agruparlos a nivel nacional.
  - Examen de datos y talleres de triangulación para llegar a un consenso sobre el valor correcto para cada indicador.

Se han establecido los protocolos para el procesamiento y gestión de los datos, incluidos:

- El cribado y validación de los datos básicos.
- Una base de datos a efectos de análisis y generación de informes.

Se han analizado los datos relevantes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.

- Se ha llegado a un consenso con las partes interesadas, incluidos los órganos gubernamentales y la sociedad civil, sobre el informe final que se presentará.
- Se han introducido los datos y se ha adjuntado un informe descriptivo en la herramienta de presentación de informes en línea antes del 31 de marzo de 2015
- Se han respondido las preguntas relacionadas con los datos (enviadas desde [AIDSreporting@unhcr.org](mailto:AIDSreporting@unhcr.org) o directamente en la herramienta de presentación de informes en línea).

## Apéndice 4. Bibliografía seleccionada

- ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2014) *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2014) *The Gap Report*. Ginebra: ONUSIDA
- ONUSIDA (2011) *Securing the future today – Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Ginebra: ONUSIDA.
- OMS (2013) *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH*. Ginebra: OMS.
- UNICEF (2014) *El Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. Nueva York: UNICEF.

## Apéndice 5. Indicadores de la circuncisión masculina

---

*Solo se piden estos dos indicadores a los 16 países con mayor prevalencia del VIH, con bajos niveles de circuncisión masculina y con epidemias heterosexuales generalizadas: Botswana, Etiopía, República Centroafricana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.*

---

### 1.22 Proporción de hombres circuncidados

---

*Porcentaje de varones de 15 a 49 años circuncidados*

---

#### Qué mide

Los progresos alcanzados hacia el logro de una mayor cobertura de la circuncisión masculina.

#### Justificación

Hay muchas pruebas que sugieren que la circuncisión masculina reduce en los hombres en un 60% el riesgo de contraer el VIH mediante prácticas heterosexuales. Tres ensayos controlados aleatorios mostraron que las circuncisiones masculinas llevadas a cabo en entornos adecuadamente equipados por profesionales sanitarios bien capacitados son seguras y pueden reducir el riesgo de contraer el VIH. Las recomendaciones de la OMS y el ONUSIDA resaltan que la circuncisión masculina debe considerarse una intervención eficaz para prevenir el VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, alta prevalencia del VIH y bajos niveles de prevalencia de la circuncisión masculina.

Numerador:	Número de varones entrevistados con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que afirman estar circuncidados.
Denominador:	Número total de varones entrevistados de 15 a 49 años
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas).
Frecuencia de medición:	Cada 3-5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad 15-19, 20-24 y 25-49 años</li><li>• Fuente/persona que realiza la circuncisión: sistema sanitario formal o tradicional</li></ul>

## Puntos fuertes y débiles

Los cambios en los índices de circuncisión masculina pueden o no ser resultado directo de un programa. Por ejemplo, un cambio en las normas sociales no debido a un programa puede derivar en una variación en los niveles de circuncisión masculina. Este indicador mide el cambio total en la población, sea cual sea la razón (o las razones).

Es posible que las encuestas de base demográfica (como EDS) no midan exactamente el verdadero estado de la circuncisión masculina debido a una falta de conocimiento sobre la circuncisión masculina, la confusión sobre el prestigio social de la circuncisión, o por un deseo social percibido del prestigio de la circuncisión. Se pueden emplear otros enfoques para determinar cuál es la percepción social de la circuncisión, como imágenes o dibujos (quizá los dibujos son más adecuados a la cultura), objetos o incluso directamente un examen médico. Para ver el impacto potencial de los cambios en los índices de circuncisión masculina sobre la incidencia de VIH es necesario tener un conocimiento preciso sobre la percepción social de la circuncisión a lo largo del tiempo.

## Más información

Para obtener más información sobre circuncisión masculina, consulte:

*A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system.* OMS, ONUSIDA: 2009.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf)

## 1.23 Número de circuncisiones masculinas

---

*Número de hombres circuncidados conforme a estándares nacionales durante los últimos 12 meses*

---

### Qué mide

Los progresos logrados en incrementar los servicios de circuncisión masculina.

### Justificación

Hay muchas pruebas que sugieren que la circuncisión masculina reduce en los hombres en un 60% el riesgo de contraer el VIH mediante prácticas heterosexuales. Tres ensayos controlados aleatorios mostraron que las circuncisiones masculinas llevadas a cabo en entornos adecuadamente equipados por profesionales sanitarios bien capacitados son seguras y pueden reducir el riesgo de contraer el VIH. Las recomendaciones de la OMS y el ONUSIDA resaltan que la circuncisión masculina debe considerarse una intervención eficaz para prevenir el VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, alta prevalencia del VIH y bajos niveles de prevalencia de la circuncisión masculina.

Numerador:	Número de varones circuncidados durante los últimos 12 meses conforme a los estándares nacionales.
Denominador:	No corresponde
Método de medición:	Historiales del centro sanitario y formularios de registro
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad: &lt;1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, y 50+ años</li> </ul>

## Puntos fuertes y débiles

El número total de circuncisiones masculinas llevadas a cabo indica un cambio en el suministro de servicios o una variación en la demanda. Si se comparan los resultados con valores anteriores se aprecia dónde se han establecido recientemente los servicios de circuncisión, o dónde ha cambiado el volumen de circuncisiones masculinas.

Se recomiendan los siguientes desgloses a nivel nacional:

- i. Seropositivo indicado en prueba(s) en el centro; seronegativo indicado en prueba(s) en el centro; estado serológico respecto al VIH indeterminado en prueba(s) en el centro; prueba del VIH desconocida/rechazada.
- ii. Tipo de centro sanitario y ubicación.
- iii. Perfil del proveedor.

Cuando el número de circuncisiones masculinas se desglosa por estado serológico respecto al VIH y por edad, será posible determinar el impacto de los programas de circuncisión masculina en la incidencia del VIH mediante modelos. Si un país ha dado prioridad a ciertos grupos de edad, este desglose ayudará a determinar si las estrategias de comunicación dirigidas a un grupo concreto son efectivas y están creando demanda. Además, si hay datos por tipo y ubicación de centros sanitarios donde se llevaron a cabo circuncisiones, entonces se pueden evaluar las necesidades de distribución de recursos. Por último, al desglosar estos datos por perfil del facilitador sanitario, se podrá observar si los esfuerzos de diversificación de tareas tienen éxito y se puede determinar la distribución de recursos.

Algunos programas trabajarán mano a mano con servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas del VIH para facilitar pruebas del VIH. Puede que un paciente que desee una circuncisión masculina se haya sometido a pruebas del VIH recientemente, en cuyo caso sería innecesario practicar una prueba en el centro. En estos casos, se puede pedir un “resultado verificado” por escrito en el centro para verificar el estado virológico del paciente. No hay ningún período de tiempo estipulado para realizar una prueba antes de la circuncisión, pero se recomienda que sea unos tres meses (el fin de la prueba no es identificar a cada persona infectada, sino facilitar pruebas del VIH a los hombres que busquen atención sanitaria, e identificar a los hombres seropositivos que, en caso de que decidan someterse a una circuncisión, estén en alto riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas; p. ej. hombres con infecciones crónicas y con bajos índices de CD4).

## Más información

Para obtener más información sobre circuncisión masculina, consulte:

*A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system.* OMS, ONUSIDA: 2009.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf) (Apéndice 4).

## Apéndice 6. Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación

Existe un aspecto geográfico pertinente a efectos programáticos para casi todos los elementos de los sistemas de vigilancia y de seguimiento y evaluación (SyE). En un sistema de información geográfica (SIG) se pueden representar numerosos indicadores de insumos, productos y resultados para los fines de análisis y presentación. Por este motivo, los datos geográficos pueden aprovecharse para la evaluación y el seguimiento de las epidemias. La epidemiología posee una dimensión geográfica evidente, y el abanico de servicios de prevención, atención y tratamiento confluye también en determinados lugares. La geografía desempeña, por ende, un papel fundamental para la integración de datos procedentes de la vigilancia y de las distintas vertientes programáticas. La aplicación de un enfoque basado en normas a los datos espaciales puede contribuir a los sistemas nacionales cuyos programas son orientados por directrices operativas para tomar en consideración los aspectos geográficos de las intervenciones. Dicho enfoque también promoverá la coherencia de los datos geoespaciales entre las diversas fuentes de datos, lo que propiciará consistencia de datos geoespaciales entre fuentes de datos y la utilización de los datos geoespaciales por parte de los países y asociados, así como la creación de un acervo común de fuentes de datos para documentar el análisis y la toma de decisiones a escala local.

## Introducción de datos espaciales en los sistemas de vigilancia y SyE

Para facilitar la integración y el análisis de los datos, es preciso mantener un grado de precisión adecuado entre los marcadores geográficos de los datos y los indicadores, y que se utilicen referencias geográficas estandarizadas y las convenciones relativas a la nomenclatura. El grado de precisión adecuado podrá ser tan genérico como un distrito sanitario, una provincia o incluso una frontera administrativa nacional. No obstante, la asignación de información geográfica a los datos de carácter más pormenorizado que componen los indicadores globales puede propiciar un amplio espectro de análisis, por ejemplo, de la cobertura geográfica de los servicios, la distribución espacial de los recursos humanos y los gastos, y la previsión de cambios a lo largo del tiempo en áreas pequeñas.

En numerosas aplicaciones de vigilancia, la representatividad geográfica determina la escala en la cual pueden ser utilizados los datos. Por ejemplo, las encuestas demográficas suelen ser representativas de las poblaciones a nivel de la provincia. Los datos de vigilancia centinela de centros de asistencia prenatal están a menudo vinculados a centros de salud específicos o, excepcionalmente, a un grupo de centros de salud rurales. La ubicación geográfica del centro o grupos de centros de asistencia prenatal debería agregarse a los datos de prevalencia del VIH de dichos centros. Habida cuenta de que los sistemas de vigilancia están en fase de transición hacia el uso de datos sobre prevalencia del VIH generados por programas de PTMI, los datos relativos a la prevalencia deberían ir acompañados

de la ubicación geográfica de los centros de PTMI. Los datos de vigilancia centinela correspondientes a las poblaciones clave (p. ej. los recopilados a través de encuestas bioconductuales integradas) pueden localizarse en la instalación central donde se ha realizado la vigilancia (p. ej. cuando se utiliza un muestreo dirigido por los propios encuestados, o la vigilancia se realiza a nivel de centros), o en el mismo lugar en que se encuentren los encuestados durante la vigilancia (p. ej. cuando se utiliza un muestreo basado en el tiempo y la ubicación).

En el caso de los datos de indicadores que caracterizan a un centro de salud, la representación geográfica más precisa es un punto basado en la latitud y la longitud del mismo, una información que debería incluirse en la lista general de centros de salud del Ministerio de Salud, si la hubiese, o tal vez en una unidad del SIG perteneciente a un organismo central de estadística. Entre los datos básicos del seguimiento que es necesario etiquetar geográficamente figuran las personas que se han sometido a una prueba del VIH, los nuevos diagnósticos de VIH, las mujeres embarazadas que se han sometido a una prueba del VIH, las personas que han iniciado la terapia antirretrovírica, las personas que reciben terapia antirretrovírica, las mujeres embarazadas que reciben fármacos antirretrovíricos y los diagnósticos precoces infantiles.

También es posible localizar un buen número de actividades comunitarias, tanto las dirigidas a las poblaciones clave como las de apoyo a los programas de tratamiento, mediante los datos de latitud y longitud, si bien la localización geográfica de las actividades que no están basadas en centros de salud en el ámbito de la respuesta puede resultar difusa o compleja.

## Normas relativas a los datos espaciales y metadatos

La mayor parte de los países cuentan con iniciativas de infraestructura nacional de datos geoespaciales o un componente explícito sobre datos espaciales en el marco de una infraestructura más amplia de información y comunicaciones. La infraestructura nacional de datos geoespaciales incluye la tecnología, políticas, normas, recursos humanos y actividades conexas necesarios para la adquisición, el procesamiento, la distribución, la utilización, el mantenimiento y la conservación de los datos espaciales. Es recomendable utilizar un plan de gestión de datos para los datos espaciales a fin de reducir la duplicidad y contribuir a la apropiación nacional y a la sostenibilidad, y con ello garantizar que dichos datos formen parte de la infraestructura nacional de datos geoespaciales.

En la medida de lo posible, las bases de datos deberían incluir las normas internacionales relativas a la nomenclatura, además de cualquier norma local de nomenclatura y códigos de lugares. En el caso de datos específicos nacionales en que las normas relativas a los metadatos figuren en la política de la infraestructura nacional de datos geoespaciales, los datos espaciales pueden seguir la norma relativa a los metadatos del Comité Federal de Datos Geográficos de los Estados Unidos. Es necesario respetar las normas relativas a los datos espaciales para mantener la coherencia con los programas y sistemas nacionales.

## Identificación única de las personas

Mediante el lugar se puede identificar inequívocamente a las personas, sobre todo cuando se vincula a otros datos. Es preciso determinar cuidadosamente si la publicación de determinados datos geoespaciales podría utilizarse de forma inadecuada con otros datos para vulnerar la confidencialidad. Al elaborar mapas de poblaciones clave estigmatizadas o de los lugares donde se congregan las poblaciones clave hay que tener especial cuidado.

## Herramientas geoespaciales

Existe una gran variedad de herramientas comerciales y gratuitas y de código abierto que pueden ser útiles para la representación geográfica. Se pueden realizar análisis espaciales elementales en hojas de cálculo o mediante globos digitales. Con ayuda de un SIG se pueden realizar representaciones de datos espaciales, gestionar dichos datos y realizar un análisis espacial más avanzado. Conviene asignar la herramienta pertinente a los datos adecuados, el análisis oportuno y la escala correcta. Debería recurrirse a los conocimientos especializados que pudieran existir en los países para realizar análisis geoespaciales. Los análisis realizados con ayuda de herramientas de representación geográfica pueden complementarse con la aplicación de metodologías participativas que involucren a las partes interesadas de la comunidad.

## Apéndice 7. Directrices para monitorear los avances en la eliminación de las desigualdades de género

### *Antecedentes*

Mediante la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, los Estados Miembros realizaron la “promesa de eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia basados en el género”. Este compromiso se refleja en el Objetivo 7, que, además de lo anterior, hace referencia a la necesidad de aumentar la capacidad de mujeres y niñas para que se protejan del VIH.

Los avances hacia dicho objetivo se miden en el indicador 7.1 de los Informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (GARPR), sobre la proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que han estado o están casadas o han tenido o tienen pareja y que han experimentado violencia física o sexual por parte de esta pareja en los últimos 12 meses. Además de medir un resultado en sí mismo, este indicador también se considera un reflejo de la desigualdad de género.

### *Igualdad de género y VIH*

Igualdad de género “recoge el concepto de que todos los seres humanos... son libres de desarrollar sus capacidades personales, así como de elegir sin sentirse presionados por las limitaciones impuestas por estereotipos, roles de género rígidos y los prejuicios. La igualdad de género implica que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades... sean considerados, valorados y favorecidos en igualdad de condiciones. Implica, asimismo, la ausencia de discriminación en función del género en la asignación de los recursos o beneficios, o en el acceso a los servicios. La igualdad de género puede medirse en términos de si hay igualdad de oportunidades o igualdad de resultados”<sup>2</sup>

Aunque el diálogo sobre este objetivo a menudo asume una referencia a mujeres y niñas, se reconoce que hay un espectro de identidad de género más allá de la visión binaria de hombre y mujer. La identidad de género “se refiere a la experiencia interna e individual que cada persona ha sentido con respecto al género, el cual puede o no corresponderse con el género de nacimiento. El término hace referencia tanto al sentimiento que la persona experimenta con respecto a su cuerpo (sentimiento que, si así lo decidiera esa persona, podría implicar la modificación de su apariencia o funciones a través de intervenciones médicas o quirúrgicas), como a cualquier otra expresión del género: vestimenta, habla, o empleo de gestos específicos”<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre de 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf))

<sup>3</sup> Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre de 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf)), página 11

Las normas de género dañinas y las prácticas relacionadas con aquello que se considera femenino y masculino, así como el estigma y la discriminación basados en la identidad de género, pueden aumentar la vulnerabilidad ante el VIH<sup>4</sup> y provocar diferencias en la utilización de los servicios de salud, la capacidad de observar los tratamientos, y otros factores que repercuten en riesgos y resultados relacionados con el VIH.

### *Objetivo de esta nota orientativa*

Aunque el género se aborda específicamente en el objetivo 7, es un aspecto transversal en las metas de la Declaración política de 2011 y en los indicadores del GARPR. El indicador 7.1 es una medida aproximativa de los avances hacia la igualdad de género. Sin embargo, solo aborda uno de los tres componentes del objetivo 7. Los países han transmitido los desafíos en evaluar los avances hacia dicho objetivo, en especial en el contexto de epidemias en las que las poblaciones clave se ven más afectadas.

Este apéndice pretende ofrecer orientaciones adicionales a los países sobre cómo mejorar el seguimiento de los avances hacia la igualdad de género dentro del marco del GARPR. Describe de qué formas pueden ser monitoreados integralmente los progresos en el objetivo 7 a fin de comprender mejor la situación de la igualdad de género en un país, reflejando un concepto inclusivo del género que engloba a mujeres y niñas en general, mujeres y niñas dentro de poblaciones clave<sup>5</sup>, personas transgénero, hombres y niños.

### *Violencia y VIH*

La violencia basada en el género “describe los actos violentos que establecen, mantienen o intentan reafirmar relaciones de poder desiguales por motivos de género. El término se definió inicialmente para describir la naturaleza de la violencia de los hombres hacia las mujeres. Por este motivo, se utiliza a menudo de forma alternativa “violencia contra la mujer”. La definición ha evolucionado para incluir la violencia dirigida a niños, hombres y personas transgénero que no conforman o que desafían las normas y las expectativas de género imperantes (por ejemplo, por tener una apariencia femenina) o las normas heterosexuales”<sup>6</sup>

La violencia contra la mujer se define como “cualquier acto público o privado de violencia basada en el género que termina, o puede terminar, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas amenazas, coacción o privación arbitraria de la libertad en la familia o en la comunidad general”<sup>7</sup>. La violencia hacia la mujer perpetrada por una pareja íntima, según se mide en el indicador 7.1, es una forma de violencia contra la mujer. Consulte en el indicador 7.1 una lista de conductas que constituyen formas de violencia por parte de una pareja íntima.

---

<sup>4</sup> OMS y ONUSIDA (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool.

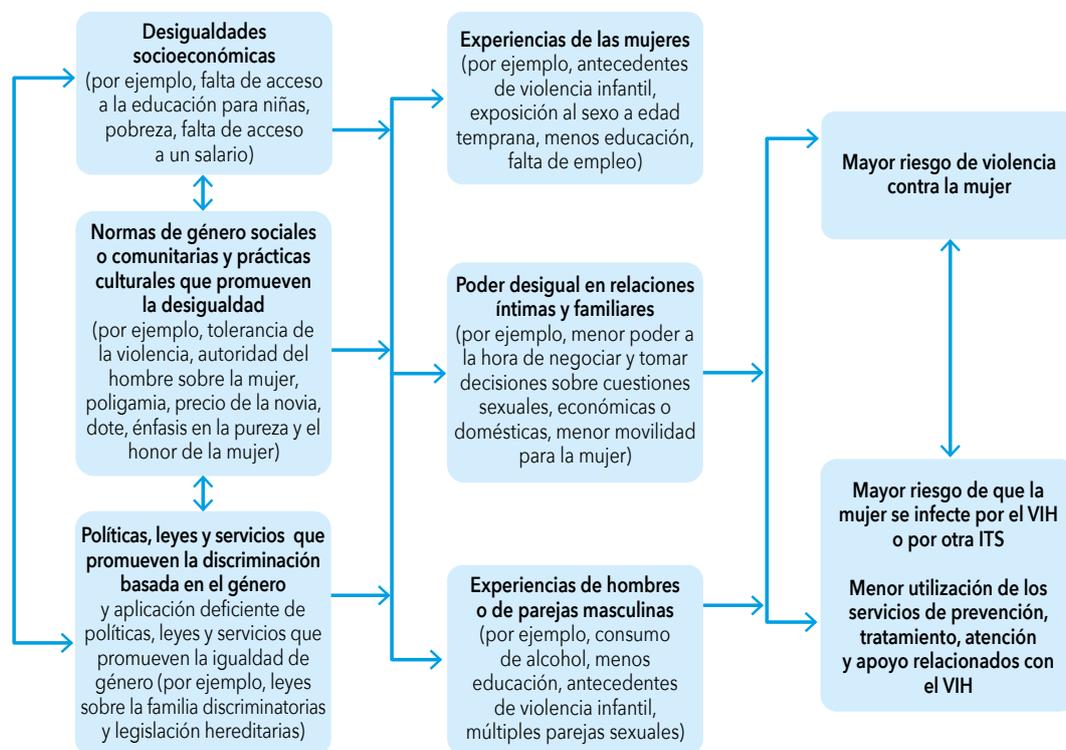
<sup>5</sup> En función del contexto del país, las poblaciones clave de mujeres incluyen profesionales del sexo, usuarias de drogas, transgénero, parejas íntimas de hombres que adoptan conductas de alto riesgo, adolescentes/jóvenes de poblaciones clave, trabajadoras migrantes, reclusas, etc.

<sup>6</sup> OMS y ONUSIDA (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, p. 3 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

<sup>7</sup> OMS y ONUSIDA (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, p. 3 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

A nivel global, se estima que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de su pareja íntima y/o violencia sexual fuera de la pareja alguna vez en sus vidas.<sup>8</sup> La violencia perpetrada por una pareja íntima, una manifestación de la desigualdad de género y una violación de los derechos humanos de las mujeres, se relaciona con el VIH de múltiples formas, siendo tanto un factor que contribuye al riesgo como una consecuencia de vivir con el virus. Varios estudios han concluido que la exposición a este tipo de violencia se asocia con que el riesgo de infección por el VIH o por una ITS se multiplique por 1,5.<sup>9,10,11</sup> Consulte en los siguientes diagramas los vínculos entre la desigualdad de género y la violencia contra la mujer y el VIH, así como los vínculos indirectos y directos entre la violencia contra la mujer, el riesgo de infección por el VIH y la utilización de los servicios.<sup>12</sup>

Vínculos entre la desigualdad de género y la violencia contra la mujer y el VIH



<sup>8</sup> OMS, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra, OMS, 2013.

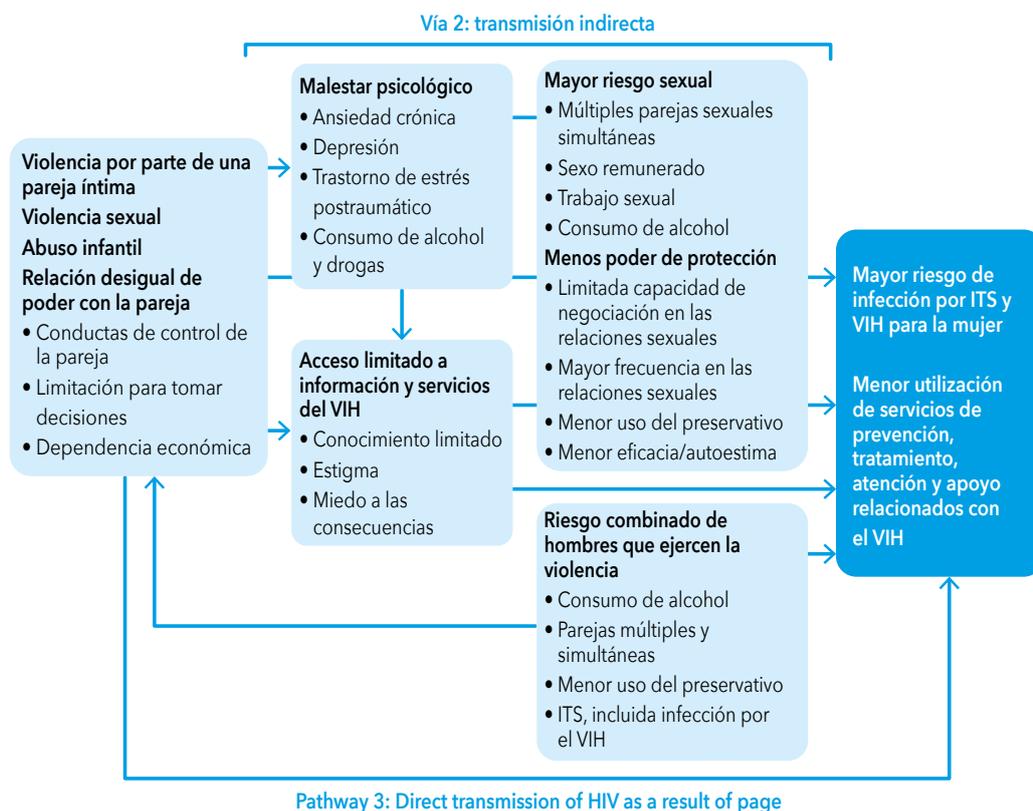
<sup>9</sup> OMS, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra, OMS, 2013.

<sup>10</sup> Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. The Lancet, 2010, 376(9734):41-48.

<sup>11</sup> Kouyoumdjiana FG et al. Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. AIDS, 2013, 27(8):1331-1338.

<sup>12</sup> OMS y ONUSIDA (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, p. 6-7. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

Vínculos indirectos y directos entre la violencia contra la mujer, el riesgo de infección por el VIH y la utilización de los servicios



### Seguimiento general de los avances hacia la igualdad de género mediante el GARPR

Mediante los diversos elementos del GARPR es posible obtener una visión más completa de los avances hacia la igualdad de género:

**Recopilar y reportar datos desglosados por sexo, población clave y edad por indicador:** Como se menciona en las directrices para la Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2015, “Sin datos desglosados, es difícil realizar un seguimiento de la amplitud y de la profundidad de la respuesta a la epidemia... Se insta a los países a que conviertan la recogida de datos desglosados, principalmente por sexo y edad, en uno de los pilares centrales de sus iniciativas de seguimiento y evaluación. Las dinámicas de género pueden esclarecerse mediante datos epidemiológicos desglosados por sexo y edad, así como mediante indicadores conductuales”. Consulte las tablas 1 y 2 para ver una lista de estimaciones epidemiológicas<sup>13</sup> y una lista de indicadores del GARPR que deben desglosarse.

Los países deben enviar copias o enlaces a los informes primarios para los datos comunicados mediante el GARPR a modo de referencia y para facilitar un análisis más exhaustivo. Los informes se pueden enviar con el botón “añadir archivo” en la parte superior de la página de indicadores en la herramienta en línea de GARPR.

<sup>13</sup> De los archivos nacionales de Spectrum

**Cuadros para comentarios sobre indicadores:** En las directrices del GARPR se detalla la construcción de indicadores, las herramientas de medición y las fuentes de datos para cada indicador. Si los indicadores se consideran pertinentes pero no se dispone de datos, se insta a los países a:

- Señalar que el “indicador es pertinente”; e
- Incluir en el cuadro para comentarios las razones por las cuales no se dispone de datos en ese momento. Si los datos pertinentes están disponibles pero no responden completamente a la definición del indicador como se detalla en las directrices del GARPR, podrán incluirse en el cuadro de comentarios.

Se recomienda que los países faciliten en los cuadros para comentarios de la página de cada indicador datos complementarios disponibles que reflejen las dimensiones de género de los indicadores de otras fuentes, incluidos datos cuantitativos y cualitativos recopilados por la sociedad civil. Estos datos adicionales permitirán realizar un análisis situacional integral de los indicadores desde una perspectiva de género.

**Prevalencia de la violencia reciente por parte de una pareja íntima:** Este es el indicador central incluido en el GARPR para realizar un seguimiento de los avances hacia el objetivo 7.

**Datos sobre otras formas de violencia basada en el género:** Dentro del indicador 7.1 se incluye un cuadro de comentarios adicional a fin de que los países puedan reportar cualquier dato disponible sobre la violencia de género contra mujeres, hombres y poblaciones clave, incluidas mujeres que viven con el VIH. La violencia de género fuera de la pareja también aumenta la vulnerabilidad de hombres, niños y poblaciones clave ante el VIH. Estos datos adicionales ayudan a adquirir una mejor comprensión de la situación, así como los avances en la igualdad de género de forma alineada con el contexto epidémico de cada país.

**Preguntas sobre políticas:** Cada dos años, el GARPR incluye el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN). La última presentación de informes sobre el ICPN fue en 2014, por lo que no tendrá lugar en 2015. El instrumento cuenta con preguntas relacionadas con la inclusión de mujeres, niñas, hombres, niños y poblaciones clave en las actividades y los planes estratégicos nacionales, asignaciones presupuestarias para actividades con estos grupos, y preguntas sobre leyes que pueden influir positiva o negativamente en las actividades relacionadas con el VIH para estas poblaciones. Los datos facilitan información clave para comprender el contexto en el que se están tomando medidas para promover la igualdad de género. Se espera que la versión revisada del ICPN se incluya en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2016. Aunque no es un requisito en 2015, se recomienda a los países que tengan en cuenta los datos notificados en 2014 y otra información sobre los entornos jurídicos y políticos en su análisis de las dimensiones de género de la epidemia y su respuesta.

**Análisis descriptivo:** Los países deben presentar un informe descriptivo como parte del GARPR. Dicho informe es una oportunidad para analizar e interpretar conjuntamente varios elementos del GARPR (datos de indicadores y cuadros de comentarios, preguntas sobre políticas). Los datos complementarios de otras fuentes (por ejemplo, encuestas basadas en la población tales como las Encuestas de Demografía y Salud) también se pueden reflejar en el informe descriptivo a fin de ofrecer una visión integral de los avances hacia la igualdad de género en el país. El Compendio para la Igualdad de Género e Indicadores del VIH<sup>14</sup> es una referencia y una guía útil para iden-

tificar otros indicadores complementarios que pueden utilizarse para monitorear los avances hacia los 10 objetivos. El Registro de Indicadores ([www.indicatorregistry.org](http://www.indicatorregistry.org)) es un repositorio de información de indicadores sobre el sida y puede resultar también una referencia útil.

#### *Resumen: Seguimiento de los avances hacia la igualdad de género mediante el GARPR*

- Datos desglosados por sexo y edad para todos los objetivos e indicadores, según corresponda
- Prevalencia de la violencia por parte de una pareja íntima como reflejo de la desigualdad de género
- Violencia basada en el género dirigida a hombres y mujeres, y a poblaciones clave
- Entorno jurídico y político
- Análisis conjunto de todos los datos disponibles
- Análisis que incluye fuentes de datos complementarias

#### *Recomendaciones clave*

Se insta a los países a aumentar la disponibilidad de datos desglosados por sexo y edad sobre los indicadores, por ejemplo en las iniciativas para recopilar datos (implantación de encuestas) o en informes de encuestas y otras herramientas para recopilar datos cuya disponibilidad aumentará. El ONUSIDA y sus asociados en el país pueden brindar asistencia técnica para apoyar estas iniciativas.

Los datos desglosados, cuando estén disponibles, se utilizarán en iniciativas de promoción y en la preparación de informes, presentaciones, comunicados de prensa y otras herramientas similares para transmitir mensajes dirigidos, sensibles a las cuestiones de género y transformadores a fin de mejorar la elaboración de políticas y la programación a nivel nacional, regional y mundial.

Los datos del GARPR se pueden triangular, incluyendo con datos complementarios de otras fuentes (por ejemplo, encuestas integradas de vigilancia bioconductual del VIH) para generar un análisis y una comprensión más amplios de las dinámicas de género con relación a la epidemia y la respuesta del VIH en los países.

La sociedad civil es un asociado clave en el análisis y la interpretación de la información relacionada con los progresos hacia el objetivo 7 y con los aspectos relacionados con el género en todas las metas.

Se recomienda a los países realizar evaluaciones de género a fin de identificar las necesidades de mujeres y niñas en el contexto del VIH y a utilizar esta información para elaborar o revisar sus planes estratégicos nacionales. Los informes de evaluación de género pueden ser una referencia útil al analizar los datos del GARPR a fin de identificar aspectos que puedan ser pertinentes para analizar los progresos hacia cada uno de los objetivos.

---

<sup>14</sup> <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>.

<sup>15</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2543\\_gender-assessment\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2543_gender-assessment_en.pdf)

### *Listado de verificación para reportar y evaluar los avances hacia las metas de la Declaración política de 2011 desde una perspectiva de género*

Consultas con asociados pertinentes durante todo el proceso

#### **Participación de organizaciones e instituciones pertinentes en el proceso:**

Ministerio de Salud.

- Agencias estatales más allá del Ministerio de Salud (por ejemplo, Ministerio de Asuntos de la Mujer, Ministerio de Educación, Ministerio de Interior, organismos nacionales encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas).
- Hombres, mujeres y personas transgénero dentro de poblaciones clave.
- Hombres, mujeres y personas transgénero que viven con el VIH, incluidos adolescentes.
- Grupos defensores de los derechos de la mujer y/u organizaciones que trabajan por la igualdad de género, incluidas organizaciones de hombres.

#### **Recogida y reporte de datos para los indicadores**

Incluir datos desglosados por sexo y edad para todos los indicadores, según corresponda.

- Incluir los últimos datos pertinentes disponibles para el indicador 7.1 sobre la prevalencia de la violencia por parte de una pareja íntima.
- Presentar texto/comentarios explicativos para el indicador 7.1 si los datos reportados se recogieron mediante una metodología diferente a la recomendada en las directrices del GARPR.
- Facilitar cualquier dato disponible sobre la violencia de género hacia mujeres y hombres, incluidas poblaciones clave, en el cuadro de comentarios correspondiente dentro de la página del indicador 7.1.
- Adjuntar los informes pertinentes de los datos enviados mediante el GARPR en la página de cada indicador.

#### **Análisis de datos**

Analizar los datos desglosados por sexo y edad reportados para los indicadores de GARPR para identificar cualquier diferencia entre grupos.

- Analizar los datos desglosados por edad para el indicador 7.1 e identificar cualquier diferencia en la prevalencia por edad.
- Analizar los datos disponibles sobre la violencia de género (fuera de la pareja) dirigida a mujeres, junto con los datos de otros indicadores del GARPR (por ejemplo, conocimiento, uso del preservativo).
- Analizar conjuntamente los datos desglosados por sexo y edad para los indicadores del GARPR con datos para el indicador 7.1 y con cualquier dato disponible sobre la violencia de género dirigida a otros grupos de población.

Tabla 1: Estimación epidemiológica seleccionada y desgloses disponibles

Indicador	Desglosado por sexo	Desglosado por edad	Observations
Prevalencia del VIH	Sí	Sí (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Número de personas que viven con el VIH	Sí	Sí (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Número de nuevas infecciones por el VIH	Sí	Sí (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Incidencia del VIH	Sí	Sí (15-24, 15-49, 50+)	
Porcentaje de todas las personas que viven con el VIH que reciben actualmente tratamiento antirretroviral	Sí	Sí (0-14*, 50+)	No existe desglose por sexo para las edades 0-14.
Número de mujeres que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión maternoinfantil	N/A	No	
Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	N/A	No	
Número anual de fallecimientos por sida	Sí	Sí (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	

\*Las estimaciones epidemiológicas deben notificarse siempre con límites de incertidumbre superior e inferior. Las proporciones deben calcularse en base a datos de estimaciones no redondeados.

Tabla 2: Indicadores de GARPR seleccionados y desglose recomendado

	Indicador	Desglosado por género	Desglosado por edad
Población general	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas para prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	Sí	Sí (15-19, 20-24)
	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Sí	Sí (15-19, 20-24)
	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Sí	Sí (15-19, 20-24, 25-49)
	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Sí	Sí (15-19, 20-24, 25-49)
	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Sí	Sí (15-19, 20-24, 25-49)
	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica	Sí	Sí (<15, 15+)
	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	N/A	Sí (15-19, 20-24, 25-49)
	Porcentaje de encuestados que afirman que comprarían verduras frescas a un vendedor a sabiendas de que vive con el VIH	Sí	Sí (15-19, 20-24, 25-49)
	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años	Sí	N/A
	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH	Sí (mujeres, hombres, transgénero)	Sí (<25, 25+)

	Indicador	Desglosado por género	Desglosado por edad
Profesionales del sexo	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Sí (mujeres, hombres, transgénero)	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Sí (mujeres, hombres, transgénero)	Sí (<25, 25+)
	Porcentajes de profesionales del sexo que viven con el VIH	Sí (mujeres, hombres, transgénero)	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	N/A	Sí (<25, 25+)
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	N/A	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	N/A	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH	N/A	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Sí	Sí (<25, 25+)
Usuarios de drogas inyectables	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Sí	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Sí	Sí (<25, 25+)
	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	Sí	Sí (<25, 25+)

## ACRÓNIMOS

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ANC	Centro de asistencia prenatal
TAR	Terapia antirretrovírica
EVC	Encuesta de vigilancia del comportamiento
EDS	Encuestas demográficas y de salud
DIP	Diagnóstico Infantil Precoz
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
UDI	Usuarios de drogas inyectables/personas que hacen uso de drogas inyectables (término preferido)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
VIP	Violencia Íntima en la Pareja
CM	Circuncisión masculina
TMI	Transmisión maternoinfantil
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
MICS	Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
SyE	Seguimiento y evaluación
N/C	No corresponde
CNS	Comité nacional del sida
PNS	Programa nacional del sida
MEGAS	Medición del Gasto Nacional en Sida
ONG	Organización no gubernamental
PEN	Plan estratégico nacional
PAJ	Programas de agujas y jeringas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PVV	Personas que viven con el VIH
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
CDI	Consumidores de drogas inyectables

ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ITS	Infección de transmisión sexual
TB	Tuberculosis
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud

PARTE 2

# **GUÍA SOBRE LOS INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y LA NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA SALUD A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA**

## **2015**

## SIGLAS

3TC	lamivudina
ABC	abacavir
TAR	tratamiento antirretroviral
ARV	fármaco antirretroviral
AZT	zidovudina
CTX	co-trimoxazol
d4T	estavudina
EIA	Inmunoensayos enzimático
EFV	efavirenz
FDC	combinación de dosis fija
FTC	emtricitabina
GARPR	Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
LPV/r	lopinavir
TMI	transmisión maternoinfantil
INNTI	inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa
INTI	inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
ITS	infecciones de transmisión sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/Sida
TDF	tenofovir
TPHA	Ensayo de hemaglutinación de treponema pallidum
TPPA	Ensayo de aglutinación de la partícula treponema pallidum

UNGASS	Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida
UNPD	División de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>145</b>
Descripción de los indicadores de esta guía	146
Apoyo técnico e información de contacto para preguntas	147
Agradecimientos	147
<b>II. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>148</b>
<b>LISTA DE INDICADORES</b>	
<b>OBJETIVO 1. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA EL 2015</b>	<b>152</b>
<b>ASESORAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH</b>	<b>152</b>
1.15 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH (AU)	152
1.16 Asesoramiento y pruebas del VIH para mujeres y hombres mayores de 15 años (AU)	153
1.16.1 Desabastecimientos de estuches de pruebas rápidas de detección del VIH (AU)	155
<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>156</b>
1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS) (AU)	156
1.17.1 Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis (AU)	156
1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para la sífilis (AU)	157
1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento (AU)	159
1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa (AU)	160
1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con sífilis activa (AU)	161
1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses (AU)	162
1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses (AU)	163
1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses (AU)	164
1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses (AU)	165
1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses (AU)	166
1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados (OPS solamente)	167
1.19 Diagnósticos de casos de VIH y sida (AU)	168
1.19.1 Número de casos de VIH diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014 (AU)	168
1.19.2 Número de casos de sida diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014 (AU)	168

## OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS INYECTABLES PARA EL 2015 170

2.6	Personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (AU)	170
2.7	Programas de distribución de agujas y jeringas y centros de tratamiento de sustitución de opiáceos (AU)	170

## OBJETIVO 3. ELIMINAR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH ENTRE NIÑOS PARA EL 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE LAS MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA 173

3.3.a	Índice de transmisión maternoinfantil (AU)	173
3.4	Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron el resultado (AU)	173
3.5	Porcentaje de embarazadas atendidas en servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses (AU)	176
3.6	Porcentaje de embarazadas seropositivas que se evaluaron para determinar si reunían los criterios para el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4 (AU)	178
3.7	Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida) (AU)	180
3.9	Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol dentro de los 2 meses de vida (AU)	182
3.10	Distribución de resultados de los lactantes expuestos al VIH (AU)	184
3.11	Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación (AU)	185
3.11.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que interrumpieron el embarazo (EURO8)	185
3.11.2	Porcentaje de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)	186
3.12	Centros de atención prenatal y de diagnóstico infantil precoz (AU)	186
3.13	Indicador específico para la Region Europea sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil en embarazadas que consumen drogas inyectables	187
3.13.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables (EURO11)	189
3.13.2	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)	189
3.13.3	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo (EURO13)	190

## OBJETIVO 4. FACILITAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL VITAL A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA 2015 192

4.1	Porcentaje de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral	192
4.2.b	Tratamiento de la infección por el VIH: 24 meses de retención en el tratamiento (AU)	193
4.2.c	Tratamiento de la infección por el VIH: 60 meses de retención en el tratamiento (AU)	193
4.2.1	Porcentaje de personas que consumen drogas inyectables y que son seropositivas que siguen con vida y en tratamiento a los 12, 24 y 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)	196
4.3.a	Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (AU)	198
4.3.b	Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico (AU)	199
4.4	Desabastecimiento de antirretrovirales (AU)	201
4.5	Diagnóstico tardío de la infección por el VIH (AU)	203
4.6	Atención de la infección por el VIH (AU)	204
4.7	Supresión de la carga viral (AU)	205

## OBJETIVO 5. REDUCIR EN UN 50 % EL NÚMERO DE MUERTES POR TUBERCULOSIS EN PERSONAS SEROPOSITIVAS PARA EL 2015 208

5.2	Porcentaje de personas que viven con el VIH incorporados por primera vez en la atención para el VIH con tuberculosis activa	208
5.3	Porcentaje de personas que viven con el VIH incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado la terapia preventiva con isoniazida	209
5.4	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la consulta más reciente	211
P.1	Preguntas políticas y programáticas	213
<b>Apéndice 1. Indicadores de hepatitis/VIH (EURO/OPS)</b>		230
EURO15/ OPS1	Número de adultos y niños que reciben actualmente atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de detección de la hepatitis B	230
EURO16 / OPS2	Porcentaje de casos de hepatitis B positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis B que han recibido tratamiento para tanto la hepatitis B como la infección por el VIH	231
EURO17/ OPS3	Número de adultos y niños que reciben actualmente atención de la infección por el VIH a los que se les hizo la prueba de detección de la hepatitis C	232
EURO18/ OPS4	Porcentaje de casos de hepatitis C positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis C y que reciben dicho tratamiento	233

## I. INTRODUCCIÓN

A medida que los países amplían sus programas nacionales de lucha contra el VIH/sida para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con esta infección, cada vez es más importante fortalecer la información estratégica sobre la epidemia y las respuestas nacionales a fin de fundamentar las políticas y los programas, mejorar la eficacia de las intervenciones y promover la rendición de cuentas.

En el plano internacional, desde la 59ª Asamblea Mundial de la Salud del 2006, la OMS está comprometida a vigilar y notificar anualmente los avances mundiales en relación con las respuestas del sector de la salud de los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con la infección por el VIH.<sup>1</sup> La OMS colabora con el UNICEF y el ONUSIDA para armonizar la vigilancia y la notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por VIH y sida a fin de lograr el acceso universal a escala mundial. Este trabajo conjunto de los asociados de las Naciones Unidas tiene por objeto armonizar la recogida de datos y minimizar la carga que supone la notificación para los países.

Con el fin de recopilar datos de los países, la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF han concebido una herramienta conjunta de notificación en línea que puede consultarse, junto con orientación sobre los indicadores del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (GARPR, por su sigla en inglés) y los indicadores del sector de la salud para el acceso universal, en el sitio <http://AIDSreporting.unaids.org>.

En esta parte de la Guía se explican con detalle los indicadores del sector de la salud que no se describen en la Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. También puede utilizarse, junto con otros datos, para vigilar la respuesta del sector de la salud a escala nacional, a fin de examinar los avances. En resumen:

- **Notificación mundial:** Esta parte de la guía complementa la publicación *Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2015. Directrices. Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2011*. El proceso general de presentación de informes de país recomendado se describe en detalle en las directrices mencionadas. La finalidad de este apartado es apoyar y facilitar la recopilación de datos mediante la herramienta conjunta de notificación en línea; se centra principalmente en los indicadores que se agregaron a la notificación del sector de la salud correspondiente al 2015 y que no forman parte de los indicadores de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. La herramienta electrónica de recopilación de datos, distribuida a todos los países, es el instrumento principal que permite la notificación mundial anual sobre los progresos realizados por el sector de la salud para lograr el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH.
- **Vigilancia a escala nacional:** Esta guía también puede utilizarse para la vigilancia a escala nacional de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH, ya que puede adaptarse a la situación de la epidemia cada país. Por ejemplo, los países deben elegir indicadores que permitan el seguimiento de sus propios objetivos establecidos a nivel nacional. Asimismo, pueden añadir o eliminar algunos indicadores, en función de la importancia de las áreas de intervención para la epidemia nacional.

<sup>1</sup> VIH/SIDA. Contribución de la OMS al acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención contra el VIH/SIDA. Informe de la Secretaría. Ginebra, OMS, 2006.

## Descripción de los indicadores de esta guía

En la descripción de los indicadores se utiliza el siguiente formato:



El número de indicador corresponde a su número en la herramienta de notificación conjunta (GARPR/UA) del 2015

X. NOMBRE DEL INDICADOR	
Fundamento	¿Por qué es importante este indicador?
Lo que mide	Los aspectos que evalúa el indicador
Numerador	Definición del numerador
Denominador	Definición del denominador (deben especificarse las fuentes de información: en el caso de algunos indicadores, solo es posible o necesario proporcionar cálculos).
Método y herramientas de medición	¿Qué se incluye en el numerador y el denominador? Método de medición. Herramientas empleadas en la medición.
Desglose	Se recomienda el desglose de datos. Incluso si la herramienta de notificación no incluye el desglose, se recomienda recopilar datos desglosados para la vigilancia y la notificación nacionales, según corresponda.
Puntos fuertes y débiles	Descripción de los aspectos positivos y negativos del indicador.
Otras consideraciones	Otros elementos que deseen consignar los países.
Utilización de los datos	La forma de aplicar el indicador y algunas implicaciones
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Información complementaria sobre los aspectos que deben considerarse cuando se rellena la herramienta de notificación. Incluye los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Notificación duplicada: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la posible duplicación de las notificaciones.</li><li>• Representatividad nacional: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la representatividad nacional del valor notificado.</li><li>• Cuestiones relacionadas con el denominador: Aspectos que deben observarse acerca del denominador.</li><li>• Opciones de triangulación: Otras fuentes de datos que pueden examinarse para evaluar la validez del valor del indicador.</li></ul>

---

#### Otras referencias

Las referencias relacionadas con el indicador, por ejemplo:

- **PTMI:** Indicador de la guía actualizada para los programas nacionales de seguimiento y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (2011).
  - **VIH y tuberculosis:** Indicadores de la guía actualizada de seguimiento y evaluación de las actividades de colaboración relacionadas con la infección por el VIH y la tuberculosis, revisión de 2014.
  - **Consumidores de drogas inyectables:** OMS, UNODC, ONUSIDA. Guía técnica para el establecimiento de las metas de los países en materia de acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los consumidores de drogas inyectables (2012)
- 

## Apoyo técnico e información de contacto para preguntas

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA tienen el compromiso de prestar apoyo a los países para mejorar sus sistemas de información estratégica. Este apoyo incluye, pero no está limitado al examen de los sistemas de seguimiento y evaluación del sector de la salud; calidad de los datos y validación; evaluación de las repercusiones; vigilancia; investigación operativa y formación en diversos aspectos de la información estratégica.

No dude en comunicarse con la OMS ([hivstrategicinfo@who.int](mailto:hivstrategicinfo@who.int)) si tiene alguna pregunta o solicitud, o bien, comentarios o sugerencias para mejorar el presente documento.

## Agradecimientos

La OMS y el UNICEF quisieran agradecer en particular al personal de los ministerios gubernamentales de todos los niveles que recopila, valida y suministra la información todos los años.

Expresan su agradecimiento al personal de la OMS, del UNICEF y del ONUSIDA que trabaja en los niveles nacional y regional para facilitar la transferencia y la notificación de los datos.

Agradecen asimismo a MACRO-DHS su colaboración para facilitar los últimos resultados de las Encuestas de Demografía y Salud.

## II. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

En el cuadro que se presenta a continuación se ofrece un panorama general de los indicadores descritos en las directrices de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2015, así como de los que se describen en esta guía para la notificación de la respuesta del sector de la salud para el acceso universal en el 2015 (AU 2015).

GARPR	AU 2015	
<b>Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015</b>		
<b>Indicadores para la población general</b>		
X		1.1 Personas jóvenes: conocimiento sobre la prevención de la infección VIH
X		1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
X		1.3 Múltiples parejas sexuales
X		1.4 Uso del preservativo en la última relación sexual entre personas con múltiples parejas sexuales
X		1.5 Prueba de detección del VIH en la población general
X		1.6 Prevalencia del VIH en jóvenes
<b>Indicadores para los profesionales del sexo</b>		
X		1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención
X	X	1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo
X	X	1.9 Prueba de detección del VIH en profesionales del sexo
X	X	1.10 Prevalencia de la infección por el VIH en profesionales del sexo
<b>Indicadores para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres</b>		
X		1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: programas de prevención
X	X	1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: uso del preservativo
X	X	1.13 Prueba de detección del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
X	X	1.14. Prevalencia de la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
<b>Pruebas de detección del VIH y orientación conexas</b>		
	X	1.15 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH
	X	1.16 Asesoramiento y pruebas del VIH entre mujeres y hombres
	X	1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensan estuches de pruebas rápidas para la detección del VIH que sufrieron desabastecimientos en los últimos 12 meses
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>		
	X	1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS)
	X	1.17.1 Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis
	X	1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para la sífilis
	X	1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento
	X	1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa
	X	1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con sífilis activa

GARPR	AU 2015	
	X	1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses
	X	1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses
	X	1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses
	X	1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses
	X	1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses
	X	1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados (OPS solamente)
	X	1.19 Diagnósticos de casos de VIH y sida
	X	1.19.1 Número de casos de VIH diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014
	X	1.19.2 Número de casos de sida diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014
<b>Circuncisión masculina</b>		
X	X	1.22 Prevalencia de la circuncisión masculina
X	X	1.23 Número de hombres circuncidados el último año
<b>Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables para el 2015</b>		
X	X	2.1 Personas que consumen drogas inyectables: programas de prevención
X	X	2.2 Personas que consumen drogas inyectables: uso del preservativo
X	X	2.3 Personas que consumen drogas inyectables: prácticas seguras de inyección
X	X	2.4 Prueba de detección del VIH en personas que consumen drogas inyectables
X	X	2.5 Prevalencia de la infección por el VIH en personas que consumen drogas inyectables
	X	2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos
	X	2.7 Número de centros de distribución de agujas y jeringas, y de tratamiento de sustitución de opiáceos
<b>Objetivo 3. Eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre niños para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida</b>		
X	X	3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil
X	X	3.1a Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia
X	X	3.2 Diagnóstico temprano en los lactantes
X	X	3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)
	X	3.3a Transmisión maternoinfantil del VIH (datos programáticos)
	X	3.4 Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron el resultado
	X	3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses
	X	3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas que se evaluaron para determinar si reunían los criterios para el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4

GARPR	AU 2015	
	X	3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida
	X	3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida
	X	3.10 Distribución de resultados de los lactantes expuestos al VIH
	X	3.11 Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación
	X	3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que interrumpieron el embarazo (EURO8)
	X	3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)
	X	3.12 Centros de atención prenatal y de diagnóstico infantil precoz
	X	3.13 Indicador específico para Europa sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil en embarazadas que consumen drogas inyectables
	X	3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables (EURO11)
	X	3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)
	X	3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo (EURO13)
Objetivo 4. Facilitar tratamiento antirretroviral vital a 15 millones de personas que viven con el VIH para 2015		
X	X	4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral
X	X	4.2a Tratamiento de la infección por el VIH: 12 meses de retención en el tratamiento
	X	4.2b Tratamiento de la infección por el VIH: 24 meses de retención en el tratamiento
	X	4.2c Tratamiento de la infección por el VIH: 60 meses de retención en el tratamiento
	X	4.2.1 Porcentaje de personas que consumen drogas inyectables y que son seropositivas que siguen con vida y en tratamiento a los 12, 24 y 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)
	X	4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral
	X	4.4 Desabastecimiento de antirretrovirales
	X	4.5 Diagnóstico tardío de la infección por el VIH
	X	4.6 Atención de la infección por el VIH
	X	4.7 Supresión de la carga viral
Objetivo 5. Reducir en un 50 % el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para el 2015		
X	X	5.1 Tratamiento combinado de la infección por el VIH y la tuberculosis
	X	5.2 Porcentaje de personas que viven con el VIH incorporados por primera vez en la atención con tuberculosis activa

GARPR	AU 2015	
	X	5.3 Porcentaje de personas que viven con VIH incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH (que han iniciado la terapia preventiva con isoniazida)
	X	5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la consulta más reciente
Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios		
X		6.1 Gasto en sida
Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades en materia de género		
X		7.1 Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de una pareja íntima
Objetivo 8. Eliminación del estigma y la discriminación		
X		8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH
Objetivo 9. Eliminar las restricciones a los viajes		
Objetivo 10. Fortalecimiento de la integración del VIH		
X		10.1 Asistencia de niños huérfanos a la escuela
X		10.2 Apoyo económico externo para los hogares elegibles más pobres
	X	P.1 Preguntas políticas y programáticas
Apéndices		
Apéndice 1. Indicadores sobre el VIH y la hepatitis (EURO/OPS)		
	X	Número de adultos y niños que reciben actualmente atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de detección de la hepatitis B (EURO15/OPS1)
	X	Porcentaje de casos de hepatitis B positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis B que han recibido tratamiento para tanto la hepatitis B como la infección por el VIH (EURO16, OPS 2)
	X	Número de adultos y niños que reciben actualmente atención de la infección por el VIH a los que se les hizo la prueba de detección de la hepatitis C (EURO17, OPS3)
	X	Porcentaje de casos de hepatitis C positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis C y que reciben dicho tratamiento (EURO18, OPS4)

## Nota sobre la definición de “establecimiento de salud”

Una pregunta frecuente es cómo se define un **establecimiento de salud**. A efectos de este mecanismo de notificación, se excluyen los establecimientos de salud que prestan atención especializada y que nunca prestarían ningún servicio de atención de la infección por el VIH (por ejemplo, un consultorio oftalmológico). Si encuentra dificultades en la definición de lo que se considera un establecimiento de salud en este ejercicio, sírvase indicar sus comentarios en la sección de observaciones o enviarlos por correo electrónico: [hivstrateginfo@who.int](mailto:hivstrateginfo@who.int).

## OBJETIVO 1. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA EL 2015

### Asesoramiento y pruebas

1.15 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH	
Fundamento	Conocer el estado respecto al VIH es esencial para ampliar el acceso al tratamiento, la atención, el apoyo y la prevención del VIH. La disponibilidad de servicios de asesoramiento y pruebas es un prerrequisito para ampliar su cobertura a fin de que más personas conozcan su estado serológico, algo que se puede lograr con modelos de asesoramiento y pruebas iniciados por el paciente y por el proveedor.
Lo que mide	Disponibilidad de servicios de asesoramiento y pruebas en establecimientos de salud.
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH.
Método y herramientas de medición	<p>Numerador: Dos posibles fuentes de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro central para todos los establecimientos de asesoramiento y pruebas.</li> <li>2. Registros centrales de adquisiciones de estuches de pruebas para el número de establecimientos que los solicitan.</li> </ol> <p>Si se dispone de ambos, incluya información para los dos.</p> <p>Incluya datos de todos los establecimientos que proveen servicios en su país, sean públicos, privados, ONG u otros.</p> <p>La información sobre la disponibilidad de ciertos servicios normalmente se resume a nivel nacional o subnacional. Los programas de asesoramiento y pruebas deben contar con un registro de los establecimientos que proveen estos servicios. Se deben intentar incluir los establecimientos que ofrecen servicios en el sector privado y dentro de las ONG, especialmente cuando son proveedores importantes de estos servicios. Un censo reciente de establecimientos de salud también puede facilitar esta información así como datos exhaustivos sobre la disponibilidad de servicios.</p> <p>Se debe hacer un recuento de todos los establecimientos que ofrecen asesoramiento y pruebas, con lo cual también se incluirán los centros que ofrezcan pruebas y envíen las muestras a laboratorios externos, vuelvan a recibir los resultados e informen sobre estos a los pacientes.</p> <p>Todos los establecimientos se incluirán en el numerador.</p>
Desglose	<p>Si es posible, por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo de establecimiento de salud (por ejemplo, gubernamental, ONG, organización comunitaria, hospitales de misiones o privados)</li> <li>2. Tipos de servicios ofrecidos (por ejemplo, clínica de tuberculosis, de ITS, etc.)</li> </ol>
Puntos fuertes y débiles	Este indicador pretende supervisar la disponibilidad de servicios de asesoramiento y pruebas durante su ampliación en los países. Su finalidad no es captar la calidad de los servicios provistos.
Utilización de los datos	Para ver los avances en el número de establecimientos de salud que facilitan asesoramiento y pruebas. Analizar los datos geográficamente y por el tipo de establecimiento de salud, triangulándolos con los datos de la población, puede ofrecer un mejor entendimiento de dónde se necesita aumentar la disponibilidad de estos servicios.

Otras consideraciones	Se recomienda que cada establecimiento de salud tenga capacidad para ofrecer pruebas y asesoramiento en epidemias generalizadas. <sup>2</sup> En epidemias de bajo nivel o concentradas, puede que el objetivo no sea tener estos servicios disponibles en cada establecimiento.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Se debe realizar un esfuerzo para incluir todos los establecimientos de salud públicos, privados y dirigidos por ONG. El numerador es importante para comparar las tendencias en la disponibilidad de servicios a lo largo del tiempo.

### 1.16 Número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH, recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado

Fundamento	Conocer el estado con respecto al VIH es fundamental para obtener acceso a los servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de los servicios de pruebas y orientación, como los voluntarios y los prestados por iniciativa del proveedor de salud. Sin embargo, los elementos esenciales de las pruebas y la orientación es que se proporcione orientación adecuada a las personas a las que se les realizó la prueba y se les informe del resultado.
Lo que mide	El número de personas a partir de los 15 años de edad en quienes se realizó la prueba de detección del VIH y recibieron orientación sobre la infección por el VIH por conducto de cualquier método o entorno en los últimos 12 meses y conocen el resultado. (Nota: Aunque no es necesario con este indicador, el denominador puede calcularse usando la población general como denominador en las epidemias generalizadas, y las poblaciones en mayor situación de riesgo y otros grupos en las epidemias de nivel bajo y las epidemias concentradas. Estos datos pueden examinarse junto con un cálculo del porcentaje de la población seropositiva que ya conoce su estado respecto al VIH, y con lo recomendado en la política de pruebas del VIH o la frecuencia.) Avances programáticos en relación con las pruebas y la orientación. El seguimiento del número de personas a las que se les realizó la prueba, que reciben orientación y conocen su estado respecto al VIH ofrece un indicio de la aceptación de estos servicios en el país.
Método y herramientas de medición	Datos estadísticos de los servicios del programa recopilados a partir de informes sistemáticos del número de personas a las que se les realizó la prueba y que conocen el resultado en todos los establecimientos de servicios, entre ellos los consultorios, los hospitales, los centros de pruebas y orientación voluntarias, otros sitios a cargo de ONG y puntos de extensión comunitaria (excluidas las pruebas y la orientación obligatorias), que suelen agregarse a escala distrital y posteriormente a escala nacional. Este indicador no se mide mediante encuestas poblacionales.
Desglose	Sexo: masculino, femenino (indicar embarazo) Estado serológico: positivo al VIH, negativo al VIH Si fuese posible: Edad: menores de 15, menores de 1 año, de 1 a 9, mayores de 15, de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 49, y mayores de 50 años. Prueba: prueba nueva, repetición de la prueba Modo de transmisión del VIH: consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales entre hombres, contacto heterosexual, transmisión materno-infantil, otras causas y causas desconocidas (Región de Europa solamente).

2 Guidance of provider-initiated testing and counselling in health facilities, OMS/ONUSIDA, 2007.

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite la comparación de las tendencias de la cantidad de servicios de pruebas y orientación prestados y de la magnitud de la expansión de estos servicios en el transcurso del tiempo.</p> <p>Este indicador puede suministrar información sobre el número de veces que se practican las pruebas y se brindó orientación, pero no necesariamente del número de personas que recibieron estos servicios, a menos que los países cuenten con un mecanismo que evite la doble contabilización de las personas que los reciben repetidamente.</p> <p>El indicador no aporta información sobre la adecuación de la remisión de las personas atendidas ni sobre la prestación de servicios de seguimiento que les permitan conocer su estado respecto al VIH.</p>
Utilización de los datos	<p>Para examinar el número de pruebas efectuadas en el país, los datos pueden compararse con los de años anteriores a fin de examinar las tendencias y considerar el porcentaje de la población que pudiera haber recibido la prueba recientemente. Los datos pueden ser útiles para detectar patrones en la aplicación de pruebas, por ejemplo si se practican más pruebas durante una estación o un mes en particular en los cuales hubo campañas o si muchas más personas reciben la prueba en determinados establecimientos de salud o en las comunidades.</p>
Otras consideraciones para los países	<p>En algunos países, una proporción considerable de los servicios de detección y orientación se lleva a cabo en las organizaciones comunitarias o en organizaciones que no están registradas y que a menudo no se incluyen en las estadísticas nacionales. Debe instarse a estas organizaciones a que se registren con las autoridades nacionales, de manera que todos los datos sobre las pruebas y la orientación en el país estén comprendidos en las estadísticas nacionales.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Los países tendrán que calcular la cantidad de personas que repiten las pruebas, a fin de determinar el verdadero número de personas que reciben la prueba en un período. Cuando los países cuentan con un mecanismo que permita realizar esta importante evaluación (por ejemplo, un registro del número de personas con prueba repetida en el plazo de un año), se debe utilizar y consignar la forma como se llevó a cabo. De lo contrario, sírvase informar el número total de pruebas notificadas y aclarar que es probable que las pruebas repetidas estén incluidas.</p> <p>Representatividad nacional: Se debe tratar de hacer llegar al nivel central la información sobre los establecimientos no gubernamentales y privados. Si falta una parte importante de la información, consígnelo en la sección de observaciones.</p> <p>Cuestiones relacionadas con el denominador: Aunque no es necesario con este indicador, la validez del numerador puede calcularse comparando la población general como denominador en las epidemias generalizadas y el tamaño de las poblaciones clave en mayor riesgo y otros grupos en las epidemias de bajo nivel y las epidemias concentradas.</p> <p>Opciones de triangulación: En las epidemias generalizadas, los datos de las encuestas basadas en la población que buscan el número (y calculan el porcentaje) de personas a las que se les realizó la prueba pueden compararse con el valor de este indicador a fin de evaluar y analizar toda diferencia importante.</p>

**1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses**

Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección (si corresponde) y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección.

## Infecciones de transmisión sexual

1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis	
Fundamento	Es importante hacer pruebas para detectar la sífilis en las embarazadas, tanto por su salud como por la del feto. También contribuye a la vigilancia de la calidad de los servicios de atención prenatal y de los servicios para prevenir el VIH en mujeres embarazadas. Es asimismo un indicador de procesos básico para evaluar la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.
Lo que mide	La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso primero a los servicios de atención prenatal.
Numerador	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis en la primera consulta de atención prenatal.
Denominador	Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal.
Método y herramientas de medición	<p>Cómo realizar la medición: La prueba de la sífilis (tamizaje) debe hacerse a todas las embarazadas en su primera consulta de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la primera consulta y las subsiguientes pueden notificar los datos de este indicador siempre que proporcionen observaciones claras sobre esta diferencia al notificar los datos. Este indicador debe medirse anualmente.</p> <p>Tanto las pruebas no treponémicas que miden los anticuerpos reáginicos (por ejemplo, VDRL o RPR) como las pruebas que miden los anticuerpos treponémicos (por ejemplo, TPHA, MHATP o pruebas treponémicas rápidas) pueden utilizarse para el tamizaje. Para este indicador es suficiente que la prueba se realice, sin que importe el tipo de prueba. Sírvase indicar en la sección de observaciones cuál es la prueba generalmente utilizada en su país.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es que se utilicen los registros de los programas nacionales consolidados por datos de los establecimientos de salud; sin embargo, si estos datos no están disponibles, pueden notificarse datos procedentes de la vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias) en la sección de observaciones.</p>
Desglose	Ninguno.
Otras consideraciones	<p>Es posible que los países quieran vigilar también la semana de embarazo en la que se hace la prueba a cada mujer. La prevención de la sífilis congénita exige que la prueba se haga al principio del embarazo, ya que la mujer puede dar a luz a un mortinato en el segundo trimestre de embarazo. Saber que a las mujeres se les ha realizado la prueba de embarazo al final de la gestación indicará que o bien dichas mujeres no están teniendo acceso temprano a la atención prenatal o bien que esta prueba no se está realizando al principio del embarazo.</p> <p>Los programas para hacer pruebas de detección de la sífilis en las embarazadas y aquellos que realizan pruebas de detección de la infección por el VIH en este mismo grupo de población deben funcionar en conjunto para mejorar su eficacia respectiva.</p>

Utilización de los datos	<p>Mundial: Examine las tendencias con el transcurso del tiempo para determinar los progresos realizados para alcanzar los niveles deseados de cobertura de la prueba. El conocimiento de las políticas y prácticas en materia de pruebas debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la cobertura. Los datos sobre las pruebas de los pacientes de clínicas prenatales pueden combinarse posteriormente con datos sobre las visitas a dichas clínicas para estimar la cobertura general de las pruebas de sífilis en mujeres embarazadas.</p> <p>Local: Los datos pueden utilizarse para señalar los consultorios que no han puesto en práctica completamente la política nacional.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase indicar si los datos que está facilitando son datos sistemáticos del programa y si se considera que son representativos de todo el país.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados, en Eliminación mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción, y en "Criteria and Processes for Validation of Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis" [Criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis.]

### 1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis

Fundamento	Los datos sobre la sífilis en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal pueden utilizarse para orientar las necesidades de los programas de prevención de ITS y alertar sobre los posibles cambios en la transmisión del VIH en la población general.
Lo que mide	El porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis.
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambos tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es positivo.</p> <p>El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en entornos que carecen de laboratorio, lo que ha aumentado enormemente el número de mujeres que pueden realizarse la prueba y recibir tratamiento para esta enfermedad durante el embarazo. Los datos deben recogerse anualmente.</p>

Método y herramientas de medición	Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, pueden utilizarse pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y treponémicos. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela de todas las mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal en 2 de 10 provincias), así como el tipo de prueba que generalmente se utiliza en su país para definir la positividad en mujeres embarazadas (por ejemplo, pruebas no treponémicas como VDRL o RPR, pruebas treponémicas como las pruebas rápidas o TPPA, pacientes positivas para ambas, o indicar que se desconoce la prueba que se utilizó).
Desglose	Grupos de edad: Total, 15 a 24 años y mayores de 25 años
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos de seropositividad para la sífilis en las embarazadas están disponibles en la mayoría de los países mediante la notificación sistemática del sistema de salud.</p> <p>Puntos débiles: Las diferencias en los tipos de pruebas utilizadas o en las prácticas en materia de pruebas pueden influir en los datos. El conocimiento sobre las prácticas en materia de pruebas en el país (por ejemplo, la proporción de pruebas treponémicas utilizadas frente a la de pruebas no treponémicas) debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la enfermedad.</p>
Otras consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se insta a los países a que utilicen identificadores o registros únicos que separen la primera prueba de las subsiguientes, de modo que los datos reflejen la prevalencia o incidencia real de la sífilis, más que el resultado positivo de la prueba.</li> <li>• Como la mayoría de los países tendrán datos provenientes de diversos tipos de prueba, los subanálisis (desglose) en las mujeres de 15 a 24 años puede aumentar la probabilidad de que las pruebas positivas reflejen infección reciente.</li> </ul>
Utilización de los datos	<p>Mundial o regional: Calcule la mortalidad perinatal y la morbilidad causadas por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces para eliminar la transmisión materno-infantil de la sífilis. Identifique las áreas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de la sífilis congénita.</p> <p>Local: Siga las tendencias en el tiempo para evaluar los cambios en la carga de la enfermedad y las necesidades del programa de prevención de las ITS.</p> <p>Todos los niveles: Compare los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH para detectar signos tempranos de mayor riesgo de transmisión del VIH.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase indicar si los datos que se proporcionan son datos sistemáticos del programa, si se considera que son representativos de todo el país y el tipo de prueba que se utilizó para determinar la seropositividad en pacientes de las clínicas prenatales (es decir, no treponémica, treponémica, pacientes con resultados positivos para ambas pruebas o combinada o desconocida).
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <b>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</b> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes].

1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento	
Fundamento	El tratamiento de las mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis es una medida directa de las actividades de los programas de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y de las campañas para fortalecer la prevención primaria de la infección por el VIH. También es un indicador de procesos básico para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis.
Lo que mide	Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal durante un período específico que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron tratamiento adecuado.
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron al menos una dosis de penicilina benzatina (2,4 millones de unidades intramusculares).
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis.
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: Los datos deben recopilarse anualmente. En el caso de este indicador, un resultado positivo en las pruebas treponémicas o no treponémicas es suficiente para considerar a la mujer seropositiva para la sífilis.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es utilizar los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud. Sin embargo, si los datos de los programas nacionales no están disponibles, pueden notificarse los datos de vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias).</p>
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos sobre el tratamiento de la sífilis en mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal suelen vigilarse de forma sistemática en los establecimientos de salud.</p> <p>Puntos débiles: La recopilación de datos sobre los tratamientos puede requerir la colaboración con los programas de salud maternoinfantil para asegurar que estén disponibles en el ámbito nacional.</p>
Otras consideraciones	Para los fines de este indicador, la documentación de una sola dosis de penicilina es suficiente. El tratamiento de embarazadas seropositivas para la sífilis con una sola inyección de penicilina benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular antes de las 24 semanas de gestación es suficiente para prevenir las transmisión de la sífilis al recién nacido, pero se necesitan tres inyecciones a intervalos semanales para tratar la sífilis latente y prevenir la sífilis terciaria en la madre.
Utilización de los datos	<p>Mundial, regional o local: Calcule la eficacia del programa en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatales asociadas a la sífilis.</p> <p>Local: Identifique las áreas que necesitan ayuda con la ejecución de programas o recursos adicionales.</p> <p>Todos los niveles: El conocimiento de las políticas y prácticas de tratamiento debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias del tratamiento.</p>

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Si los datos que proporciona no corresponden a todo el país, sírvase indicarlo.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento “Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados” y en la publicación <b>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</b> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes] indicador de procesos básico en <b>Criteria and Processes for Validation of Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis</b> [Criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis].

1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	
Fundamento	Realizar pruebas de detección de la sífilis a los profesionales del sexo es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los avances en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.
Denominador	Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.
Método y herramientas de medición	<p>Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.</p> <p>Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa.</p> <p>Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p>
Desglose	Por sexo: total, masculino, femenino

Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Otras consideraciones	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Describa en los comentarios qué tipo de profesionales del sexo describen los datos y en qué lugar fueron recopilados estos. Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez.

### 1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa

Fundamento	Realizar pruebas de sífilis en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis activa.
Denominador	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis activa.
Cómo se mide y herramientas de medición	<p>Herramientas de medición: sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.</p> <p>Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa.</p> <p>Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La exigencia de ambas pruebas en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p>

Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Otras consideraciones	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez. Describa en los comentarios en qué lugar se recogieron los datos.

#### 1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses

Fundamento	La infección por una ITS bacteriana aguda como la sífilis primaria o secundaria es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y la adquisición de la infección por el VIH. Por consiguiente, la vigilancia para la sífilis primaria o secundaria contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que suministra la alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la sífilis sin tratar causa mortinatos y enfermedad neonatal y puede progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con sífilis durante el período de notificación.
Denominador	Número de personas de 15 años y mayores, según el PNUD.
Cómo se mide y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Desglose	Por sexo, sífilis primaria o secundaria frente a sífilis latente o desconocida: total, total de mujeres, total de hombres, mujeres con sífilis primaria o secundaria, hombres con sífilis primaria o secundaria.
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha suministrado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambios en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.

Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre el denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

### 1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses

Fundamento	La infección de la sífilis que se deja sin tratar en el embarazo no solo puede aumentar el riesgo de transmisión y adquisición del VIH en la madre y el lactante, sino también conducir a mortinatos, muerte neonatal y enfermedad congénita (definido conjuntamente como sífilis congénita). Dada la eficacia elevada, la sencillez y el bajo costo de la prueba y el tratamiento de la sífilis, se han lanzado varias iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión materno-infantil de esta enfermedad. La tasa de sífilis congénita es una medida de la repercusión de las intervenciones programáticas para eliminar la transmisión materno-infantil de esta enfermedad.
Lo que mide	Los avances en la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.
Numerador	Número de casos de sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los 12 últimos meses.
Denominador	Número de nacidos vivos.
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El diagnóstico de la sífilis congénita resulta más fiable cuando se usan pruebas diagnósticas específicas que rara vez están disponibles en los países en desarrollo. Por consiguiente, en la mayoría de los países el diagnóstico de la sífilis congénita depende de los antecedentes y el examen físico, con lo cual la vigilancia resulta muy difícil. Aunque la OMS tiene una definición de caso mundial para fines de vigilancia, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países y las regiones.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre el denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva pueden suponer un problema. Al examinarse las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pudieran ser útiles.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Los países deben comentar cualquier diferencia significativa entre la definición nacional de casos y la definición mundial de caso de vigilancia (disponible en la página 15 de <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html</a>). En concreto, los países deben indicar si se incluyen los mortinatos en la definición nacional de casos.</p> <p>Indicador recomendado en <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes] e indicador de impacto básico en <i>Criteria and Processes for Validation of Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis</i> [Criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis.]</p>
--	---

1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	
Fundamento	La infección con una ITS bacteriana aguda como la gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de la gonorrea contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH resultante de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la gonorrea sin tratar puede dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad, ceguera y a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones de tratamiento actualmente recomendadas puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con gonorrea durante el período de notificación.
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad, según el PNUD.
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los datos sobre la gonorrea en mujeres, a pesar de ser útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque la mayoría de las mujeres infectadas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> son asintomáticas y las pruebas diagnósticas sensibles para la gonorrea en mujeres no se encuentran fácilmente en los países en desarrollo. Por consiguiente, se considera que los datos sobre la gonorrea en las mujeres dependen demasiado de los recursos de diagnóstico y las prácticas de tamizaje para que puedan vigilarse en forma adecuada a escala mundial.

	Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

### 1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses

Fundamento	El exudado uretral en los hombres es un síndrome de ITS causado generalmente por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o <i>Chlamydia trachomatis</i> . La presentación de un síndrome de ITS aguda, como el exudado uretral, es un marcador de relaciones sexuales sin protección y el exudado uretral facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia del exudado uretral contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede exigir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, el exudado uretral sin tratar puede ocasionar infertilidad, ceguera y contribuir a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones actuales de tratamiento recomendadas para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con exudado uretral durante el período de notificación.
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad.
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.

Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre exudado uretral, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. El seguimiento de las tendencias en materia de descarga uretral es un medio factible para vigilar la incidencia de las ITS en una población. A pesar de que los datos sobre el exudado vaginal en mujeres son útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque en muchos entornos la mayoría de los casos de exudado vaginal no se deben a infecciones de transmisión sexual. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología del síndrome de exudado uretral para comprender sus causas principales y asignar el tratamiento pertinente. Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

#### 1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los 12 últimos meses

Fundamento	Las úlceras genitales son un signo de una ITS causada generalmente por la sífilis, el chancro blando o el virus del herpes simple. La presentación con un síndrome de una ITS aguda como la úlcera genital es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de las úlceras genitales contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación al proporcionar una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas destinadas a reducir el riesgo. Además, la úlcera genital sin tratar puede causar mortinatos y enfermedad neonatal y progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con úlcera genital durante el período de notificación.
Denominador	Número de personas mayores de 15 años de edad.
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Desglose	Sexo: total, hombres, mujeres
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.

Otras consideraciones	<p>Es importante que, al notificar la información sobre las úlceras genitales, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.</p> <p>Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología de la úlcera genital para garantizar la selección apropiada de medicamentos para el tratamiento sindrómico y comprender en qué medida esta úlcera genital refleja la infección incidente debida a la infección recurrente por el virus del herpes simple frente a la infección aguda por sífilis, chancro blando o virus del herpes simple.</p> <p>Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.</p>
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> (Estrategias y métodos de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012).

#### 1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para la sífilis

Numerador	<p>Número de embarazadas seropositivas en la prueba serológica de la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados.</p> <p>En este numerador se insta a brindar orientación a cada embarazada e identificar todos sus contactos sexuales. Solo se puede incluir a la mujer en este numerador si todas las parejas sexuales notificadas están recibiendo tratamiento.</p>
Denominador	Número de embarazadas seropositivas en la prueba serológica de la sífilis durante el embarazo.

## Diagnóstico de casos de VIH y sida

### 1.19.1 Número de casos de VIH diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014

Fundamento	La infección por el VIH se detecta en clínicas de asesoramiento y pruebas voluntarias, de atención primaria, de tuberculosis o en otros servicios como el primer paso para vincular a las personas que viven con el VIH con los centros de atención y tratamiento. Forma parte de una estrategia para aumentar el número de personas que se realizan las pruebas.
Lo que mide	Número de casos de VIH diagnosticados por sexo y edad entre 2010 y 2014.
Numerador	Número registrado de personas con VIH diagnosticado.
Denominador	Número de personas que viven en el país.
Método y herramientas de medición	Presentación programática regular de datos de los servicios de salud, sistemas rutinarios de información sobre la salud.
Desglose	Edad: adultos de más de 15 años y niños menores de 15 años Sexo: hombres y mujeres
Puntos fuertes y débiles	La notificación insuficiente, con retrasos o con duplicaciones es un problema potencial en los sistemas de información sobre la salud.
Otras consideraciones	Consulte la Guía técnica de la OMS/UNODC/ONUSIDA para la notificación de casos de VIH y el paquete de vigilancia de segunda generación.
Utilización de los datos	Estos datos se pueden utilizar para triangularlos con estimaciones del VIH, ver la distribución de casos de VIH por población y localización geográfica, y acceder a los servicios.
Otras referencias	Directrices de vigilancia del VIH de segunda generación <a href="http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/">http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/</a>

### 1.19.2 Número de casos de sida diagnosticados por edad y sexo de 2010 a 2014

Fundamento	La infección por el VIH se detecta en clínicas de asesoramiento y pruebas voluntarias, de atención primaria, de tuberculosis o en otros servicios como el primer paso para vincular a las personas que viven con el VIH con los centros de atención y tratamiento. Forma parte de una estrategia para aumentar el número de personas que se realizan las pruebas. La vigilancia de casos de sida se estableció en los países a mediados de la década de los 80.
Lo que mide	Número de casos de VIH diagnosticados por sexo y edad entre 2010 y 2014.
Numerador	Número registrado de personas con VIH diagnosticado.
Denominador	Número de personas que viven en el país.
Método y herramientas de medición	Presentación programática regular de datos de los servicios de salud.
Desglose	Edad: adultos de más de 15 años y niños menores de 15 años Sexo: hombres y mujeres

Puntos fuertes y débiles	La notificación insuficiente, con retrasos o con duplicaciones es un problema potencial en los sistemas de información sobre la salud.
Otras consideraciones	Consulte la Guía técnica de la OMS/UNODC/ONUSIDA para la notificación de casos de VIH y el paquete de vigilancia de segunda generación.
Utilización de los datos	Estos datos pueden usarse para la triangulación de servicios, la fase clínica del diagnóstico muestra con qué prontitud las personas acuden a los servicios y comienzan el tratamiento antirretroviral.
Otras referencias	Definiciones de casos de la OMS para la vigilancia del VIH y fases clínicas revisadas y clasificación inmunológica de enfermedades relacionadas con el VIH en adultos y niños <a href="http://who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/">http://who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/</a> Directrices de vigilancia del VIH de segunda generación <a href="http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/">http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/</a>

## OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50% LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS INYECTABLES PARA EL 2015

### 2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos

Fundamento	El tratamiento de sustitución de opiáceos representa un compromiso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para reducir la frecuencia de las inyecciones, preferiblemente a cero. Este tratamiento es la herramienta de salud pública más eficaz para reducir el consumo de drogas inyectables en los consumidores de opiáceos. También proporciona un apoyo crucial para el tratamiento de otras enfermedades, entre ellas, la infección por el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.
Lo que mide	El compromiso nacional y los progresos realizados con respecto al tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa Datos censales
Desglose	Unidades administrativas: urbana, rural
Puntos fuertes y débiles	La información sobre el número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos debería estar disponible de forma rápida y válida, ya que suele tener la autorización de las autoridades competentes.
Otras consideraciones	Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> . ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a> ), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.
Utilización de los datos	Intente evaluar si el tratamiento de sustitución de opiáceos es suficiente para el número y distribución de personas dependientes de estas sustancias en el país.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> . ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a> ).

### 2.7.a Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas

Fundamento	Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH en los consumidores de drogas inyectables. Este indicador mide qué tan adecuado es el acceso de la población que se inyecta a las agujas limpias.
Lo que mide	Número de centros de distribución de agujas y jeringas del programa (incluidas las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin ningún costo). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa nacional.

Desglose	Unidad administrativa Urbano, rural
Puntos fuertes y débiles	Muchos programas de distribución de agujas y jeringas no son “oficiales” y, por consiguiente, no se contabilizan en los datos del programa nacional.
Otras consideraciones	<p>Los programas de distribución de agujas y jeringas son todos los programas que ofrecen acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, mediante programas de intercambio, fijos o móviles, o por intermedio de las farmacias donde se proveen los equipos en forma gratuita. En muchos países, las ventas de materiales de inyección en las farmacias constituyen una fuente importante, y en ocasiones la única, de materiales de inyección limpios al alcance de los consumidores de drogas. Sin embargo, las farmacias que venden agujas y jeringas no suelen contabilizarse en las bases de datos consultables, como parte de un programa de salud pública o de reducción de daños. Cuando estas farmacias existen, se deben contabilizar y destacar en la medida de lo posible. Las farmacias que distribuyen agujas y jeringas sin costo alguno, normalmente mantienen registros de las agujas distribuidas, como parte del programa y se deben incluir.</p> <p>Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (<a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a>), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.</p>
Utilización de los datos	Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de las tendencias a lo largo del tiempo. Los datos también pueden analizarse con base en la ubicación geográfica de los centros del programa y la distribución geográfica y densidad de población de los consumidores de drogas inyectables en el país. Puede evaluarse si existen suficientes centros de distribución de agujas y jeringas con respecto al número y la distribución de las personas que consumen drogas inyectables en el país.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Muchos puntos del programa de distribución de agujas y jeringas que no son “oficiales” pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.</i> ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a> ).

## 2.7.b Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos

Fundamento	El tratamiento de sustitución de opiáceos representa el compromiso de tratar a los consumidores de opiáceos y disminuir la frecuencia de inyecciones, de preferencia hasta eliminarlas. El tratamiento de sustitución representa el instrumento de salud pública, que utilizado solo, es el más eficaz en la disminución del consumo de drogas inyectables.
Lo que mide	Mide el compromiso nacional y el progreso realizado en cuanto al tratamiento de los consumidores de opiáceos y la disminución de las probabilidades de transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables. El número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos y su disponibilidad para los consumidores de drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa nacional.
Desglose	Unidad administrativa Urbano, rural
Puntos fuertes y débiles	Los centros de tratamiento de sustitución de opiáceos se deben poder localizar y validar sin dificultad, pues normalmente reciben autorización de las autoridades competentes. Sin embargo, el número de centros no indica el número de cupos que pudiera haber. Será difícil obtener el cálculo del tamaño del subgrupo de la población y esto implicará una incertidumbre estadística mayor.
Otras consideraciones	Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a> ), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.
Utilización de los datos	Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos y de las tendencias a lo largo del tiempo. Además, debe procurarse analizar los datos con base en la ubicación geográfica de estos centros y la distribución geográfica y la densidad de la población de las personas que se inyectan opiáceos en el país. En la medida de lo posible, se debe tratar de interpretar este indicador teniendo en cuenta la información existente sobre el número de cupos de tratamiento de sustitución en los diferentes centros. Se debe tratar de determinar si se cuenta con suficientes centros de tratamiento con respecto al número y la distribución de las personas que se inyectan opiáceos en el país.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Muchos centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos no son "oficiales" y pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html</a> ).

## OBJETIVO 3. ELIMINAR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH PARA EL 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE LAS MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA

3.3.a Tasa de transmisión vertical (basada en datos programáticos)	
Lo que mide	Sírvase notificar la tasa de transmisión vertical observada en su país, con los detalles de la fuente de datos y los supuestos para su estimación. El indicador de la tasa de transmisión modelada 3.3 (proveniente de Spectrum). Por favor incluya aquí otras estimaciones de la tasa de transmisión, por ejemplo encuestas, datos de programa, investigaciones especiales etc. Asegúrese por favor que las fuentes de datos adicionales sean incluidas en la sección de información adicional. Si la fuente de datos son estudios especiales o de una muestra de parejas madre hijo, provea por favor datos sobre el tamaño de la muestra y a que edad la infección del niño fue medida.
Numerador	Número de niños infectados recientemente por vía materna entre los niños nacidos en los últimos doce meses de madres seropositivas (o un periodo diferente si usted tiene datos. Especifique en la sección de información adicional).
Denominador	Número de mujeres seropositivas que han tenido niños los últimos doce meses

3.4 Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto aque-llas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	
Fundamento	La identificación del estado serológico con respecto a la infección por el VIH de las embarazadas es un punto de acceso a los servicios posteriores de prevención de la transmisión materno-infantil y es necesaria para adaptar la prevención, la atención y el tratamiento a sus necesidades.
Lo que mide	Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico de las embarazadas en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de embarazadas cuyo estado serológico con respecto al VIH se conoce. Se compone del número de mujeres con estado serológico desconocido respecto al VIH que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen el resultado; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses. Embarazadas con infección por el VIH conocida: mujeres a quienes se les ha practicado la prueba del VIH y cuya seropositividad se confirmó en cualquier momento previo al embarazo actual, y que acuden a los servicios de atención prenatal para un nuevo embarazo. No es necesario realizar de nuevo la prueba a estas mujeres si hay pruebas documentadas de su seropositividad, <sup>3</sup> de acuerdo a las directrices nacionales en materia de pruebas a embarazadas. No obstante, estas mujeres necesitan servicios de PTMI y se cuentan en el numerador. Embarazadas y mujeres en el puerperio con estado serológico conocido: mujeres a las que no se ha hecho la prueba durante el embarazo actual, ni durante la atención prenatal ni durante el trabajo de parto ni el parto, o bien, mujeres que no tienen prueba documentada de haberse hecho la prueba en el embarazo actual.

3 En la mayoría de los establecimientos, generalmente se exige documentación sobre la infección por el VIH (tarjeta de atención y tratamiento, tarjeta de maternidad correspondiente a los embarazos anteriores u otro tipo de documentación fiable sobre el estado con respecto al VIH). Sin una prueba de infección por el VIH, se considera que la mujer tiene "estado serológico desconocido" y a menudo se les realiza de nuevo la prueba. Deben consultarse las directrices nacionales.

## Numerador

El numerador es la suma de las categorías a, b y c que se indican a continuación:

- a-1) embarazadas que a las que se les realizan las pruebas de detección del VIH y reciben el resultado durante una consulta de atención prenatal;
- a-2) embarazadas con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo;
- b) embarazadas con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a los servicios de atención durante el trabajo de parto y el parto, se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado; y
- c) mujeres cuyo estado con respecto al VIH se desconoce y que recibieron atención puerperal en el plazo de 72 horas después del parto, a las que se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado.

Las categorías a-1, b y c incluyen a todas las mujeres que se realizaron la prueba y recibieron el resultado, cualquiera que este haya sido. La categoría a-2 incluye a las mujeres cuyo estado con respecto al VIH se conocía previamente.

Los datos notificados por los establecimientos de salud pueden desglosarse por:

- a) mujeres con infección por el VIH conocida (positiva) en la atención prenatal;
- b) mujeres recién identificadas como seropositivas;
- y c) mujeres con resultado negativo al VIH (el resto).

Véase más abajo el desglose para la notificación mundial.

## Denominador

Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.

## Método y herramientas de medición

El numerador se calcula a partir de los registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

En los países con tasas elevadas de asistencia durante el trabajo de parto y el parto, solo pueden obtenerse los datos de los registros del trabajo de parto y el parto, dado que los resultados de las pruebas del VIH estarán disponibles para la mayoría de las embarazadas solo de esta fuente. Los registros de los establecimientos de salud deben consignar la infección por el VIH conocida en el caso de las embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal por un nuevo embarazo para que puedan recibir servicios de PTMI.

Deben incluirse todas las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que proporcionan servicios de pruebas y orientación a las embarazadas.

El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazadas que tengan datos completos.

## Desglose

Etapas del embarazo: prenatal, trabajo de parto y parto, puerperio.

Recepción de los resultados: se realizó la prueba realizada, o se realizó la prueba y se comunicó el resultado.

Estado serológico respecto al VIH: número de mujeres seropositivas.

#### Puntos fuertes y débiles

Este indicador permite que un país vigile las tendencias en la realización de pruebas de detección del VIH en las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal. Sin embargo, no capta en qué puntos tienen lugar los abandonos durante el proceso de realización de pruebas y de orientación, ni las razones de dichos abandonos. El indicador no mide la calidad de la realización de las pruebas o de la orientación; tampoco capta el número de mujeres que recibieron orientación antes de la prueba de detección.

#### Otras consideraciones

Los registros de los establecimientos de salud deben reflejar la infección por el VIH comprobada en las embarazadas seropositivas que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo (incluso si no se les hace la prueba en ese lugar) mediante un código, un círculo u otro método, de modo que reciban las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.

No todas las categorías serán aplicables o pertinentes para todos los entornos (por ejemplo, mujeres con estado desconocido con respecto a la infección por el VIH a las que se les realiza la prueba de detección en las 72 horas posteriores al parto). Es posible que los países quieran priorizar la inversión de los recursos (examen de las herramientas, tiempo, dinero) para medir las categorías que son apropiadas a su contexto nacional.

Quizá sea importante para los gestores de los programas utilizar otros indicadores en el nivel subnacional y de los establecimientos para medir las tendencias y los progresos realizados en el proceso de realización de pruebas de detección y orientación, como la aceptación de las pruebas y la recepción de los resultados.

También es importante conocer el número de mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado en cada servicio, es decir, el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el trabajo de parto y el parto y cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, etcétera.

Este indicador podría triangularse y validarse con encuestas poblacionales, como las encuestas demográficas y de salud, que generalmente se realizan cada cinco años, o la encuesta de indicadores del sida, una encuesta poblacional que puede realizarse de forma más periódica.

#### Utilización de los datos

Considere las tendencias con el transcurso del tiempo. Si cuenta con datos desglosados por región, observe si se puede identificar alguna zona con menor desempeño. Examine si hay datos sobre el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH (incluidas aquellas con seropositividad confirmada y aquellas a las que se les realiza la prueba de detección) y el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el parto y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación

Notificación doble: Con este indicador existe el riesgo de notificación doble, dado que a una embarazada se le puede realizar la prueba unas cuantas veces durante la atención prenatal, la atención durante el parto y el puerperio. Esto es particularmente cierto cuando se les realiza nuevamente la prueba de detección a las mujeres en diferentes establecimientos o cuando llegan a los servicios de atención para el parto sin documentación alguna de las pruebas realizadas. Aunque no es factible evitar por completo el recuento doble, para reducirlo al mínimo los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos, como el uso de los registros de la atención prenatal que guarda la paciente o el centro, con el fin de probar que se ha realizado la prueba de detección.

Procure no añadir a todas las mujeres a las que se les realizó la prueba de detección durante la atención prenatal y el parto para obtener el número total de mujeres a las que se les ha realizado la prueba de detección. Nos interesa conocer el número de mujeres analizadas, no el número total de pruebas (es decir, si a una mujer se le realizó la prueba de detección en los servicios de atención prenatal y de nuevo durante el parto, procure contarla una sola vez). Es importante incluir en el numerador a las mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conocía previamente; aunque no se les haya realizado una prueba de detección del VIH, su infección por el VIH se identifica para las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Número de mujeres a las que se les realizó la prueba de detección y mujeres a las que se les realizó la prueba y recibieron el resultado: Si fuera posible, indique el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección, así como el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (esta última cifra no debe ser superior a la anterior).

Si su sistema de recopilación de datos no separa actualmente a las mujeres con estado respecto a la infección por el VIH conocido y desconocido y usted no puede proporcionar los datos desglosados específicos, examine los datos disponibles y obtenga los mejores datos para determinar el número de embarazadas cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado durante el embarazo, el parto o durante las 72 horas posteriores al parto.

Incluya en la sección de observaciones toda información que nos ayude a interpretar sus datos.

Señale cuál es la fuente de su denominador.

Otras referencias

Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º 3

### 3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses

Fundamento

La participación masculina es un elemento fundamental para la prestación de servicios centrados en la familia a las madres embarazadas seropositivas, sus lactantes y los miembros de la familia. También es una herramienta importante para la prevención de la infección por el VIH y puede ayudar a las parejas seronegativas a que sigan manteniéndose así.

Realizar la prueba de detección al compañero de la embarazada es el primer paso para incluirlo, independientemente de su estado con respecto a la infección por el VIH.

Lo que mide	El porcentaje de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH durante el embarazo, en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de embarazadas que acuden a atención prenatal cuyo compañero se realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador puede calcularse a partir de los registros de los programas nacionales recopilados de los registros de los establecimientos.</p> <p>Las parejas masculinas pueden realizarse la prueba con la mujer en la primera consulta de atención prenatal o en una consulta de seguimiento, o bien, realizarse la prueba solo en una consulta por separado, como en un día reservado a la realización de pruebas a los compañeros de las embarazadas.</p> <p>Pueden agregarse los datos de los registros de atención prenatal o de los registros de pruebas y orientación, dependiendo del contexto.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que presten servicios de atención prenatal.</p> <p>Si es factible, los programas pueden considerar consignar si los miembros de la pareja se revelaron su estado con respecto al VIH en presencia del personal de la clínica.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite a los países vigilar los esfuerzos para aumentar la realización de pruebas de detección del VIH a los compañeros de las embarazadas que asisten a los servicios de atención prenatal. No mide si el compañero recibió su resultado o algún servicio de seguimiento.</p> <p>El indicador no tiene en cuenta a los clientes de los servicios de atención prenatal que tienen más de una pareja o cuya pareja cambia con el tiempo. Tampoco incluye a los compañeros a los que se les realizó la prueba del VIH en entornos distintos a la atención prenatal y que no están vinculados con esta (por ejemplo, orientación y realización voluntaria de pruebas en general o por iniciativa del proveedor de atención de salud).</p> <p>Es posible que no todos los centros estén recopilando datos sobre la realización de pruebas a los compañeros ni que agreguen y notifiquen sistemáticamente los datos. Medir este indicador puede requerir inversiones y recursos adicionales para revisar las herramientas de recopilación de datos y los formularios de notificación resumidos.</p>
Otras consideraciones	Aunque el hecho de realizar las pruebas de detección a los compañeros de las embarazadas es una herramienta importante para aumentar la participación masculina y prevenir la infección durante el embarazo, es también un punto de acceso fundamental a la atención del hombre continua y centrada en la familia. Los proveedores de servicios de salud deben garantizar y documentar la prestación de servicios apropiados de seguimiento a todos los compañeros seropositivos, como parte de un programa integral de atención y tratamiento.
Utilización de los datos	Interprete los datos basándose en el contexto y la aplicabilidad al país. Comente cómo puede aumentarse la cobertura.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase incluir todo comentario que pueda ayudarnos a interpretar la representatividad de los datos.</p> <p>Si se puede disponer fácilmente del número de parejas discordantes, proporcione los datos en la sección de observaciones con algún comentario que respalde los datos.</p>
Otras referencias	Indicador adicional de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º A-3

### 3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4

Fundamento	<p>Las embarazadas seropositivas que satisfacen los criterios clínicos y (cuando es posible) los criterios inmunológicos para recibir tratamiento antirretroviral deben recibirlo. El tratamiento antirretroviral conserva la salud de la madre y reduce el riesgo de transmisión materno-infantil. Los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil deben determinar si las embarazadas seropositivas reúnen los criterios para el tratamiento con antirretrovirales. Aquellas que no satisfagan dichos criterios deben recibir profilaxis con antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno-infantil, de conformidad con las directrices y recomendaciones nacionales.</p>
Lo que mide	<p>La cobertura de las embarazadas seropositivas que son evaluadas para determinar si pueden recibir tratamiento antirretroviral ya sea clínicamente, usando los criterios de estadificación clínica de la OMS, o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. La evaluación de la idoneidad para el TAR puede realizarse en el propio centro o mediante derivación.</p>
Numerador	<p>Número de embarazadas seropositivas que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o mediante derivación.</p> <p>El término "en el centro" se refiere a un servicio que se ofrece en una estructura o conjunto de establecimientos de salud. Por ejemplo, la estadificación clínica puede estar disponible en la unidad de atención prenatal, mientras que el servicio de obtención de muestras de sangre para el recuento de los linfocitos CD4 puede encontrarse en la unidad de atención y tratamiento de la infección por el VIH del mismo establecimiento de salud. Se considera que estos servicios se prestan "en el centro".</p> <p>La derivación puede realizarse dentro del centro o fuera de este, y se define como el proceso de enviar a un paciente a otra unidad de servicio, proveedor de servicios de salud o establecimiento de salud.</p> <p>A menudo los pacientes volverán al establecimiento de salud, a la unidad de servicio o al proveedor de servicios de salud de origen para proporcionar información sobre los servicios recibidos y proseguir la atención de seguimiento.</p> <p>Los establecimientos de referencia deben documentar los servicios prestados y los resultados de los pacientes. Este indicador debe desglosarse por tipo de evaluación (estadificación clínica o análisis de los linfocitos CD4). Las mujeres que hayan sido evaluadas mediante la estadificación clínica y el análisis de los linfocitos CD4 deberán contarse solo una vez, en la categoría de evaluadas mediante análisis de linfocitos CD4.</p>
Denominador	<p>Número estimado de embarazadas seropositivas en los 12 últimos meses.</p>
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>La evaluación puede llevarse a cabo en los consultorios de atención prenatal y en las unidades de atención y tratamiento de la infección por el VIH, en el centro o por derivación. Deben agregarse los datos de los registros apropiados, considerando en cuáles se recogen los datos, dónde se realiza la evaluación, los posibles recuentos dobles o subestimaciones y la necesidad de datos exactos para el nivel nacional.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud no gubernamentales que evalúen la idoneidad de las embarazadas seropositivas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o por derivación.</p>

Método y herramientas de medición	<p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el «número de embarazadas que necesitan prevención de la transmisión materno-infantil del VIH»; o</li> <li>• multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).</li> </ul>
Desglose	Método de evaluación de la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral: estadificación clínica, análisis de los linfocitos CD4.
Puntos fuertes y débiles	<p>La ventaja de este indicador es que permite a los países vigilar en qué medida las embarazadas seropositivas están recibiendo una intervención que es fundamental para obtener acceso al tratamiento antirretroviral en beneficio de su propia salud.</p> <p>No capta si las embarazadas seropositivas que cumplían los requisitos para recibir el tratamiento antirretroviral en realidad lo recibieron.</p> <p>Aunque cada categoría es mutuamente excluyente, existe el riesgo de doble recuento cuando las embarazadas seropositivas han sido evaluadas clínica e inmunológicamente, así como cuando son evaluadas en unidades o establecimientos distintos. Los países deben velar por que se implanten sistemas para reducir al mínimo el riesgo de recuento doble.</p> <p>Este indicador no capta a las mujeres que pudieran haber sido identificadas como seropositivas durante el parto y que posteriormente fueron evaluadas para determinar si podían recibir tratamiento antirretroviral.</p>
Otras consideraciones	<p>Se recomienda que los países hagan el desglose según el estado de idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral, a fin de obtener información adicional sobre las tendencias nacionales en el porcentaje de embarazadas que reúnen los criterios para recibir tratamiento con antirretrovirales.</p> <p>En los entornos donde las embarazadas seropositivas son derivadas a otro establecimiento de salud u otra unidad de servicio dentro del mismo establecimiento de salud, los proveedores de servicios de salud deben esforzarse por documentar las derivaciones realizadas y los servicios que estas mujeres han recibido en el registro de atención prenatal y PTMI, con el fin de mejorar el seguimiento de las pacientes y la vigilancia de las embarazadas seropositivas.</p>
Utilización de los datos	La meta sería alcanzar el 100%; una vez que se alcance sistemáticamente el 100%, este indicador puede resultar obsoleto. Estudie la información adicional sobre los datos desglosados acerca de si la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral se evaluó mediante la estadificación clínica o mediante análisis de los linfocitos CD4, así como cualquier dato disponible sobre el tiempo transcurrido antes de recibir los resultados del recuento de los linfocitos CD4 en diversos lugares.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase hacer cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.

### 3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida)

Fundamento	El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse considerablemente mediante métodos complementarios de administración de antirretrovirales (ya sea como tratamiento o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, con profilaxis antirretroviral al lactante y antirretrovirales a la madre o al niño durante el período de lactancia (en caso de lactancia materna), así como la ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes segura.
Lo que mide	Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de antirretrovirales como profilaxis para los lactantes expuestos al VIH.
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas).
Denominador	Número calculado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los medicamentos antirretrovirales pueden administrarse a lactantes expuestos al VIH poco después del parto en los establecimientos de atención del parto, en el caso de los bebés que nacen en establecimientos, en los consultorios de atención posnatal ambulatorios o de atención pediátrica para bebés nacidos en el hogar y trasladados a un establecimiento, o bien, en centros para la atención y tratamiento de la infección por el VIH u otros, en función del país. Pueden emplearse tres métodos para calcular el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento en el lugar de suministro de los antirretrovirales. En los entornos con tasas bajas de partos en establecimientos, los datos deben obtenerse de los registros de pacientes basándose en dónde se dispensan los antirretrovirales y dónde se registran los datos. Existe el riesgo de recuento doble en entornos donde los antirretrovirales se proporcionan en distintos momentos o en diferentes unidades de servicios o establecimientos de salud. Los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos para reducir al mínimo el recuento doble.</li> <li>• Recuento cerca del momento del parto: En los entornos donde una proporción elevada de mujeres da a luz en establecimientos, los países pueden calcular el numerador únicamente a partir del registro de partos mediante el conteo del número de lactantes de hasta 6 semanas expuestos al VIH que recibieron un esquema antirretroviral específico al ser dados de alta de la sala de partos. Quizá este sea el método más exacto y fiable para calcular este indicador en los entornos con una tasa elevada de partos en establecimientos y una tasa de seguimiento baja, dado que el esquema con antirretrovirales administrado se cuenta en el momento en que se suministra al lactante.</li> </ul>

**Método y herramientas de medición**

- Recuento en establecimientos de salud posnatal o infantil: Los países también pueden contar y agregar el número de lactantes expuestos al VIH que recibieron profilaxis con antirretrovirales registrados en los consultorios de atención posnatal o salud infantil si la asistencia es elevada y es probable que pueda conocerse la situación del lactante en cuanto a su exposición al VIH (por ejemplo, a partir de los registros posnatales, registros independientes o registros integrados de lactantes expuestos al VIH).

Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONG que estén proporcionando antirretrovirales a lactantes expuestos al VIH para la prevención de la transmisión materno-infantil.

Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:

- un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el "número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH" como indicador sustituto; o
- multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).

Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.

Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite que los países vigilen la cobertura de los regímenes antirretrovirales administrados o iniciados en los lactantes seropositivos para el VIH para reducir el riesgo de transmisión temprana del VIH de la madre al hijo. El indicador determina en qué medida se administraron los antirretrovirales a los lactantes como profilaxis. No capta si los antirretrovirales se consumieron; por lo tanto, no es posible determinar el cumplimiento del tratamiento con ARV ni si se completaron los regímenes antirretrovirales.
Otras consideraciones	Los países que han creado mecanismos para llegar a los lactantes expuestos al VIH en el nivel de la comunidad con antirretrovirales deberán asegurarse de que existe un sistema de obtención de datos para la notificación de los lactantes que reciben regímenes antirretrovirales en el nivel de la comunidad.
Utilización de los datos	Compare el valor del indicador con la cobertura del esquema antirretroviral materno (indicador I-10) y analice el significado de los datos en el contexto del país. Es posible que algunos países deseen investigar más a fondo y hacer un examen comparativo del esquema profiláctico antirretroviral del lactante y el esquema antirretroviral materno.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase proporcionar cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil n.º 6

### 3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres seropositivas que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol dentro de los 2 meses de vida

Fundamento	La profilaxis con cotrimoxazol es una intervención sencilla y rentable para prevenir la neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> en los lactantes con infección por el VIH. Esta neumonía es la principal causa de enfermedades respiratorias graves en estos lactantes en los países con recursos limitados, y a menudo tiene lugar antes de que pueda diagnosticarse la infección por el VIH. Debido a las limitaciones de recursos y logística para diagnosticar la infección por el VIH en los lactantes pequeños, todos los lactantes nacidos de mujeres seropositivas deben recibir profilaxis con cotrimoxazol, comenzando entre 4 y 6 semanas después del nacimiento y continuando hasta que se haya eliminado la infección y el lactante ya no esté en riesgo de adquirir el VIH a través de la lactancia materna.
Lo que mide	La provisión y cobertura de la profilaxis con cotrimoxazol para los lactantes expuestos al VIH, de acuerdo con las directrices internacionales. <sup>4</sup>
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres seropositivas que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol en los 2 meses posteriores al nacimiento en los últimos 12 meses.
Denominador	Número estimado de embarazadas con infección por el VIH que han dado a luz en los 12 últimos meses.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los datos deben obtenerse de los registros de establecimientos apropiados, como los registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH. El registro utilizado puede depender de dónde se ofrecen los servicios. Por ejemplo, cuando los trabajadores de los establecimientos de atención de salud y tratamiento dan seguimiento a los lactantes expuestos al VIH, los países pueden obtener la información de los registros situados en esos establecimientos.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que ofrezcan profilaxis con cotrimoxazol a los lactantes expuestos al VIH.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, utilice el “número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil” del VIH como indicador sustituto, o</li><li>• multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (que puede obtenerse de las estimaciones del organismo central de estadística, de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o de sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH de los servicios de atención prenatal), si no se dispone de los modelos de proyección del programa Spectrum.</li></ul> <p>Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, estos deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.</p>

4 OMS. Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: Recommendations for a public health approach [directrices para la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para las infecciones relacionadas con el VIH en los niños, adolescentes y adultos; recomendaciones para un enfoque de salud pública]. Ginebra, OMS, 2006.

Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite que los países vigilen el progreso en el seguimiento temprano de los lactantes expuestos mediante la medición del suministro de cotrimoxazol de conformidad con las directrices internacionales. También puede usarse como un indicador sustituto de las consultas de seguimiento temprano de los lactantes expuestos en el periodo recomendado que abarca las 4 a 6 primeras semanas de vida. El indicador solo capta a los lactantes que vuelven a los servicios de seguimiento de lactantes expuestos al VIH en el plazo de 2 meses después del nacimiento. No mide la cobertura real de la profilaxis con cotrimoxazol de los lactantes expuestos al VIH, dado que es posible que algunos hayan comenzado el tratamiento después de los 2 meses de vida. Un valor bajo del indicador apuntaría a un posible obstáculo en el sistema, incluidos la gestión deficiente de las existencias de cotrimoxazol en el país, recopilación deficiente de datos y sistemas de distribución inadecuados.
Otras consideraciones	Es posible que los países también quieran documentar el suministro de cotrimoxazol a los lactantes expuestos al VIH mayores de 2 meses como una manera de vigilar el progreso general del programa, detectar las dificultades en lo que respecta al inicio temprano de la profilaxis con la asociación de cotrimoxazol y vigilar el consumo para determinar las necesidades relacionadas con las adquisiciones. La gestión inapropiada de los suministros puede afectar negativamente el valor del indicador y reducir considerablemente el acceso al cotrimoxazol de los lactantes expuestos al VIH. Los países deben velar por que existan sistemas y herramientas apropiados, en particular herramientas para los sistemas de información de gestión logística, para obtener, distribuir y administrar adecuadamente los suministros en los niveles de establecimiento y distrito, y en el nivel central.
Utilización de los datos	Los datos también pueden examinarse como una indicación del número de lactantes expuestos que son atendidos en un establecimiento en el plazo de 2 meses después del nacimiento. Si el valor del indicador es bajo, investigue las razones (por ejemplo, los lactantes expuestos al VIH no están acudiendo a los centros en el plazo de 2 meses o si hay desabastecimientos de cotrimoxazol, etcétera).
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Si este indicador se obtiene a partir de un subconjunto de establecimientos, añada las observaciones pertinentes con respecto a la representatividad. Opciones de triangulación: registros de las farmacias. Si los datos notificados hacen referencia al cotrimoxazol suministrado a lactantes mayores a dos meses de edad, indíquelo en la sección de comentarios.
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º 8

## Distribución de resultados para lactantes expuestos al VIH

### 3.10.1 Número de lactantes con madres seropositivas (“lactantes expuestos al VIH”) nacidos en 2013 (o últimos datos disponibles)

Lo que mide	<p>Número registrado de lactantes con madres seropositivas que nacieron dentro de un año natural definido (2013).</p> <p>Para entornos de lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2012 (o últimos datos disponibles).</p> <p>Para entornos donde no haya lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2013 (o últimos datos disponibles).</p> <p>Especifique el año.</p>
-------------	---

### 3.10.2 Número de lactantes nacidos en 2013 (o últimos datos disponibles) con madres seropositivas, clasificados como indeterminados (por ejemplo, perdidos en el seguimiento, fallecidos antes del diagnóstico definitivo, resultados de laboratorio indeterminados)

Lo que mide	<p>Número de lactantes nacidos durante el año natural (2013) con madres seropositivas, que no completaron las pruebas de diagnóstico para evaluar su estado serológico debido a que se perdieron en el seguimiento, fallecieron o fueron derivados a otro establecimiento y/o no se sometieron a las pruebas.</p> <p>Para entornos de lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2012 (o últimos datos disponibles).</p> <p>Para entornos donde no haya lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2013 (o últimos datos disponibles).</p>
-------------	--

### 3.10.3 Número de lactantes nacidos en 2013 (o últimos datos disponibles) con madres seropositivas cuyo diagnóstico del VIH es positivo

Lo que mide	<p>Número de lactantes nacidos en 2013 con madres seropositivas cuyo diagnóstico fue seropositivo.</p> <p>Para entornos de lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2012 (o últimos datos disponibles).</p> <p>Para entornos donde no haya lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2013 (o últimos datos disponibles).</p>
-------------	---

### 3.10.4 Número de lactantes nacidos en 2013 (o últimos datos disponibles) con madres seropositivas cuyo diagnóstico del VIH es negativo

Lo que mide	<p>Número de lactantes nacidos en 2013 con madres seropositivas cuyo diagnóstico fue seronegativo.</p> <p>Para entornos de lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2012 (o últimos datos disponibles).</p> <p>Para entornos donde no haya lactancia, informe del número de lactantes con madres seropositivas que nacieron en 2013 (o últimos datos disponibles).</p>
-------------	---

### 3.11 Número de mujeres embarazadas que acuden a un centro prenatal al menos una vez durante el periodo de reporte

Notas para el instrumento de reporte	<p>Indique por favor el número de pacientes de los centros prenatales que acuden al menos una vez al control prenatal durante el periodo de reporte.</p> <p>Tenga en cuenta por favor que esto contabiliza el número e personas y no el número de visitas, por lo que una mujer que acude tres veces al centro prenatal será contada solo una vez.</p> <p>Si la cifra no representa las cifras nacionales (por ejemplo, solo hay datos para el 65% de los distritos sanitarios; o si el número representa visitas múltiples en lugar de una visita ) comente la representatividad de los datos reportados.</p>
--------------------------------------	--

#### 3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que interrumpieron el embarazo (EURO8)

Fundamento	La interrupción del embarazo es habitual en los países de Europa oriental. Las embarazadas seropositivas que interrumpen el embarazo no reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil. Este indicador ayuda a evaluar el acceso a métodos anti-conceptivos eficaces en las mujeres seropositivas y la calidad de la orientación sobre la salud reproductiva y la planificación familiar, y muestra las prácticas clínicas comunes.
Lo que mide	Este indicador mide la interrupción del embarazo en las embarazadas seropositivas.
Numerador	Número de embarazos interrumpidos en las embarazadas seropositivas durante el año de notificación.
Denominador	Número de mujeres seropositivas que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	<p>La prevención de los embarazos no deseados en las mujeres seropositivas y el mejor acceso a la planificación familiar y la anticoncepción eficaz son elementos clave de una estrategia integral de prevención de la transmisión materno-infantil.</p> <p>Este indicador ayuda a mejorar los servicios de planificación de la salud reproductiva para las mujeres seropositivas.</p>
Utilización de los datos	<p>Se deben examinar las tendencias con el transcurso del tiempo. Aunque no se solicita desglose alguno en este indicador, los datos desglosados por zona geográfica en el país (de estar disponibles) son útiles para que en el análisis dentro del país se puedan determinar las áreas con un desempeño inferior.</p> <p>Este indicador repercutirá sobre otros indicadores, entre ellos la cobertura del tratamiento antirretroviral.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Es importante incluir observaciones sobre la manera en que se calculó el indicador. Podrían registrarse variaciones debidas a políticas de detección del VIH diferentes en las embarazadas entre los países, por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Las pruebas de detección del VIH se ofrecen a todas las embarazadas, incluso aquellas que interrumpen el embarazo.</li><li>2. Las pruebas de detección del VIH se ofrecen solamente a las mujeres que continúan con el embarazo, excluidas aquellas que deciden interrumpirlo.</li></ol>

### 3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)

Fundamento	El número y porcentaje de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el período de notificación brinda la base para calcular las tasas notificadas de transmisión maternoinfantil del VIH. Además, la cesárea electiva es una intervención que reduce el riesgo de transmisión maternoinfantil. Este indicador ayudará a hacer el seguimiento del acceso a las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil y a calcular la tasa de transmisión maternoinfantil, y brindará información sobre las prácticas actuales en el sistema de salud.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de mujeres seropositivas que dieron a luz durante el año de notificación.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas que dieron a luz durante el año de notificación.
Denominador	Número de embarazadas seropositivas que registraron algún embarazo durante el período de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Modo del parto: parto normal incluida la cesárea urgente frente a la cesárea electiva (definida como toda cesárea realizada antes de que se produzcan contracciones uterinas y de que se rompa el saco amniótico).
Puntos fuertes y débiles	La cesárea electiva en las mujeres seropositivas ha sido una de las intervenciones clave antes de que se comenzara a usar el tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil. Si se usa el tratamiento antirretroviral y la viremia a las 36 semanas de gestación es de menos de 1000 copias/ml estas intervenciones ofrecen pocos beneficios. De todas maneras sigue habiendo países en la región en los que no hay acceso al monitoreo rutinario de la carga viral. Si no se conoce la carga viral, la cesárea electiva es una intervención importante para prevenir la transmisión maternoinfantil.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a calcular la tasa de transmisión maternoinfantil.

## Centros de atención prenatal y diagnóstico infantil precoz

### 3.12.1. Número de centros de atención prenatal que ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH

Notas para la herramienta de notificación	Informe del número de centros de atención prenatal que ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH. Si el número no es representativo a nivel nacional (por ejemplo, si solo tiene datos de centros públicos, aunque los privados facilitan un porcentaje significativo de atención a la población), incluya un comentario sobre la representatividad del número que está notificando.
---	---

### 3.12.2 Número de centros de atención prenatal que ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH y dispensan antirretrovirales

Notas para la herramienta de notificación	Informe del número de centros de atención prenatal que ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH y dispensan antirretrovirales. Si el número no es representativo a nivel nacional (por ejemplo, si solo tiene datos de centros públicos, aunque los privados facilitan un porcentaje significativo de atención a la población), incluya un comentario sobre la representatividad del número que está notificando.
---	---

### 3.12.3 Porcentaje de establecimientos de salud que proveen servicios de pruebas virológicas in situ (por ejemplo, PRC) para diagnosticar el VIH en lactantes o a partir de muestras de sangre seca

Fundamento	El diagnóstico precoz del VIH en las pruebas virológicas in situ o mediante muestras de sangre seca es esencial para detectar el VIH en lactantes y derivarlos inmediatamente a la atención y al tratamiento, así como para facilitar la toma de decisiones por parte de los proveedores de atención sanitaria.
Lo que mide	En qué medida los países han ampliado el acceso al diagnóstico precoz del VIH en lactantes cuyas madres son seropositivas.
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen pruebas virológicas para lactantes expuestos al VIH mediante pruebas in situ o muestras de sangre seca.
Denominador	Número total de establecimientos de salud que realizan un seguimiento de los lactantes expuestos al VIH
Método y herramientas de medición	El numerador se puede calcular mediante uno de los siguientes tres métodos, en función de la disponibilidad de información en las instituciones centrales: a) Registros del programa nacional que incluyen una lista de establecimientos que realizan pruebas virológicas in situ o mediante muestras de sangre seca. b) Listas de distribución de estuches de muestras de sangre seca por establecimiento, en almacenes médicos centrales y almacenes privados o dirigidos por ONG que sean responsables de la distribución nacional, o en laboratorios de referencia nacional. c) Encuesta o cuestionario en el establecimiento sobre si provee pruebas virológicas in situ o mediante muestras de sangre seca.

En muchos países, las pruebas virológicas se realizan únicamente en un laboratorio nacional de referencia o se envían fuera del país debido al costo que supone comprar máquinas que realicen estas pruebas. Por ello, la “provisión” de pruebas virológicas incluye las pruebas in situ y el transporte de muestras de sangre seca a laboratorios donde se realizan estas. Los centros que derivan a una madre y a su hijo a un lugar que ofrezca pruebas virológicas in situ o mediante muestras de sangre seca no se incluyen en este numerador. El denominador incluye todos los establecimientos de salud de cualquier nivel que realizan un seguimiento de los lactantes expuestos, incluidas clínicas de salud materna e infantil, centros en los que exista una unidad de PTMI responsable del seguimiento de lactantes expuestos al VIH, centros nutricionales, hospitales de distrito y centros de atención y tratamiento.

Se deben incluir todos los establecimientos públicos, privados o dirigidos por ONG que realicen un seguimiento de los lactantes expuestos al VIH.

Desglose	Por disponibilidad de pruebas virológicas: in situ; mediante muestras de sangre seca. Debe seleccionarse sin categoría/otra categoría si se tiene constancia de que se realizan pruebas virológicas, pero no se está seguro de si tienen lugar in situ o mediante muestras de sangre seca.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador no mide la calidad de las pruebas virológicas en los establecimientos ni la calidad del sistema vigente, incluido el tiempo total del proceso, los desabastecimientos de muestras de sangre seca o de reactivos, y otras barreras en el sistema.
Otras consideraciones para los países	Además de hacer un seguimiento de la ampliación de la capacidad de realizar pruebas virológicas en los establecimientos de salud, es posible que los países deseen supervisar periódicamente los obstáculos del sistema que impiden ampliar dicha capacidad, como los desabastecimientos de materiales de pruebas a nivel nacional, de distrito y de establecimiento, el tiempo necesario para obtener los resultados, la disponibilidad de recursos humanos y formación recibida, y qué herramientas están disponibles para hacer un seguimiento adecuado de las muestras y de los resultados recibidos.
Utilización de los datos	Observe las tendencias a lo largo del tiempo. Revise dónde se dispone de servicios e identifique cualquier deficiencia. Analice datos adicionales sobre el tiempo medio que se tarda en obtener los resultados.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Recuentos dobles: Si recopila datos de múltiples fuentes, asegúrese de que no se cuenta dos veces el mismo establecimiento. Representatividad nacional: Intente garantizar que la información de los establecimientos de ONG y privados también está disponible a nivel central. Si falta información importante, señálelo. Véase la explicación del denominador más arriba: El número total de establecimientos de salud se utiliza por aproximación, pero si tiene datos más precisos sobre el denominador de este indicador (por ejemplo, número de centros donde es posible el seguimiento de lactantes), informe sobre este número (o dé una estimación) en la sección de comentarios.
Otras referencias	Indicador adicional de PTMI A-2

## Indicador específico para EURO sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil (embarazadas que consumen drogas inyectables)

3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumían drogas inyectables (EURO11)	
Fundamento	Las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. Una proporción considerable de los niños seropositivos para el VIH o abandonados nacieron de mujeres seropositivas que consumían drogas. Es un tema estratégico para la región mejorar el acceso de las mujeres que consumen drogas inyectables a las intervenciones y los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas que se inyectaron drogas durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas que eran consumidoras de drogas inyectables.
Denominador	Número de mujeres seropositivas que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El consumo de drogas inyectables y de sustancias psicotrópicas siempre ha estado asociado al estigma y la discriminación. En consecuencia, algunas mujeres que consumen drogas inyectables podrían no notificar este hecho a los prestadores de servicios de salud o estar menos predispuestas a buscar servicios de salud, por lo que es posible que se subestime la prevalencia real del consumo de drogas inyectables y que algunas mujeres que consumen drogas inyectables no reciban los servicios que necesitan.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias sobre el consumo de drogas inyectables en embarazadas seropositivas y a planificar mejor las intervenciones para abordar este tema.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante incluir una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

## 3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)

Fundamento	Las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. El tratamiento de sustitución de opiáceos es una intervención crucial para mejorar el acceso de las mujeres que consumen drogas inyectables a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.
------------	---

Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas que consumen drogas que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos (metadona, buprenorfina) durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo.
Denominador	Número de mujeres diagnosticadas como seropositivas y que consumen drogas inyectables que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Se ha documentado que el tratamiento de sustitución de opiáceos es una intervención eficaz para mejorar el resultado del embarazo, incluida una tasa menor de morbilidad y mortalidad neonatal. Debido al estigma y la discriminación que sufren las mujeres que consumen drogas inyectables, algunas podrían subnotificar el consumo de drogas inyectables, lo que a su vez tendría una repercusión sobre el indicador y llevaría a subestimar la cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias y el acceso de las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables al tratamiento de sustitución de opiáceos.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante incluir una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

### 3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo (EURO13)

Fundamento	Las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. El tratamiento antirretroviral es una intervención crucial para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que reciben antirretrovirales durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables que reciben antirretrovirales durante el embarazo.
Denominador	Número de mujeres que consumen drogas inyectables con un diagnóstico positivo del VIH que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.

Puntos fuertes y débiles	Los datos sobre la atención prenatal a menudo no están completos y pueden influir sobre este indicador. Debido al estigma y la discriminación que sufren las mujeres que consumen drogas inyectables, algunas podrían subnotificar su consumo de drogas inyectables, lo que a su vez repercutiría sobre este indicador. El indicador no mide el cumplimiento del tratamiento.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias y el acceso de las embarazadas seropositivas que consumen drogas inyectables a los antirretrovirales.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante incluir una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

## OBJETIVO 4. LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL 2015

### 4.1 Porcentaje de adultos y niños que actualmente están recibiendo tratamiento antirretroviral

Tenga en cuenta que el indicador mencionado arriba se describe en la primera parte de las directrices, mientras que el siguiente indicador sobre el número de personas que recién comienzan el tratamiento con ARV se agrega al indicador 4.1 y no está incluido en las directrices.

#### 4.1 – Adicional: Tratamiento de la infección por el VIH con antirretrovirales

Número de adultos y niños que reúnen los criterios para el tratamiento con ARV que lo comenzaron durante el período de notificación (2014)

Fundamento	Además de la cobertura, es importante seguir el inicio del tratamiento antirretroviral. La comparación de la evolución del número de personas en TAR al final de los años no informa sobre el número de personas que recién lo han iniciado, ya que en el primer año de tratamiento el síndrome de desgaste es elevado; es decir, no todos los pacientes que comenzaron el tratamiento en el año de notificación lo continúan al final del año. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que recién iniciaron el TAR durante el año de notificación.
Lo que mide	Número de adultos y niños que reúnen los criterios para el tratamiento antirretroviral y lo comenzaron durante el año de notificación (2014). Evolución anual del número de pacientes recién incluidos en el TAR.
Numerador	Los registros de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral y los formularios de gestión de suministro de medicamentos. Se cuenta el número de pacientes recién incluidos en el TAR durante el período de notificación. No deben contarse los pacientes con registros que fueron trasladados desde otro establecimiento y que temporalmente suspendieron el tratamiento y han empezado de nuevo en el período de notificación (riesgo de recuento doble). En este indicador no se incluyen los ARV tomados para evitar la transmisión materno-infantil (excepto el TAR para la salud de la propia madre) y la profilaxis posterior a la exposición.
Desglose	Por sexo: Masculino, femenino Por grupo de edad: menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, mayores de 15 años Público o privado Por modo de transmisión, situación con respecto al consumo de drogas inyectables, situación con respecto al tratamiento de sustitución de opiáceos, situación de prisión (solamente Región de Europa) Este y otros desgloses deben incluirse en la sección de observaciones si están disponibles.

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite vigilar las tendencias en el comienzo del tratamiento antirretroviral, pero no distingue entre las distintas formas de tratamiento, ni mide el costo, la calidad ni la eficacia del tratamiento administrado, que variarán dentro del país y entre los países, y pueden cambiar con el tiempo.</p> <p>El grado de utilización del TAR dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y la calidad de los servicios prestados, la disponibilidad y la respuesta a los servicios de pruebas de detección del VIH y orientación voluntarias, la percepción de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.</p>
Otras consideraciones	Este indicador debe analizarse teniendo en consideración la "lista de espera", por ejemplo, los pacientes que reúnen los criterios para recibir TAR pero no lo han comenzado.
Utilización de los datos	Además del número de pacientes de edad avanzada retenidos en el tratamiento antirretroviral (retención en el TAR), se requiere el número de pacientes que recién comenzaron el tratamiento para hacer una planificación precisa de los recursos y el aprovisionamiento de medicamentos, evitándose así la escasez y el desperdicio.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Doble notificación: Si los pacientes trasladados no están registrados correctamente y los pacientes a los que se da seguimiento en diferentes centros no están identificados, se corre el riesgo de doble notificación, lo que puede dar lugar a una sobreestimación de la cobertura del tratamiento antirretroviral. Si este es el caso, sírvase proporcionar observaciones al respecto.</p> <p>Del mismo modo, si los pacientes que dejaron temporalmente el TAR y después lo reiniciaron se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimarán el número real de pacientes que acaban de comenzar el tratamiento.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulado normalmente generado por todos los establecimientos de salud, de otra manera, puede calcular el comienzo de la cobertura del tratamiento antirretroviral. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos cuando sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia en que se compare el número de pacientes nuevos en el registro de la farmacia y en el registro del tratamiento antirretroviral.</p>
Otras referencias	Indicador y directrices del PEPFAR

#### 4.2 – Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral

- a) 12 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2013
- b) 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2012
- c) 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2009

Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida. Medir la retención de este tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los programas, al inferir sus repercusiones y destacar los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.
Lo que mide	Este indicador mide la retención en el tratamiento antirretroviral relacionada con el aumento de la supervivencia y la voluntad de continuarlo. Debe registrarse a los 12 meses y cuando el seguimiento tiene una mayor duración; aquí se describe la retención de 24 y 60 meses (la retención de 12 meses se incluye en el GARPR). Este indicador completa la cobertura del programa midiendo la eficacia.

Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los b) 24 meses y c) 60 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en b) 2012 y c) 2009).
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2014 (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.</li> <li>• A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2009 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2014 (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses.</li> </ul>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de vigilancia de los programas, registro del tratamiento antirretroviral y formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes según el período en que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 24 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 2 años, y la evaluación a los 60 meses a todos los que lo iniciaron hace 5 años. Si los datos disponibles no concuerdan con este período anual típico, es importante especificar el período en el que los pacientes iniciaron el tratamiento.</p>
Desglose	<p>En las personas que comenzaron el tratamiento (denominador), además de notificar 1) el número de personas con vida y en tratamiento (numerador), también es importante notificar 2) el número de pérdidas de seguimiento, 3) el número de personas que abandonaron el tratamiento y 4) el número de las que fallecieron. Estos cuatro resultados deben sumar el número de personas que comenzaron el tratamiento antirretroviral.</p> <p>Al generar información en los establecimientos, los pacientes trasladados al centro deben incluirse en las estadísticas y los pacientes transferidos a otro centro deben excluirse. En la recopilación de los informes de los centros, si el número de pacientes transferidos al centro y fuera de este se suman a nivel nacional, estas estadísticas deben notificarse para realizar el análisis de los 12 meses.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La continuación del tratamiento antirretroviral se relaciona principalmente con la supervivencia (pero también con la voluntad de continuar el tratamiento). La supervivencia puede reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características básicas de los pacientes que han comenzado el tratamiento. La estadificación clínica, inmunitaria y virológica son factores pronóstico independientes de la supervivencia bajo TAR. Las características de referencia de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y, en particular, a comparar los centros que ofrecen TAR.</p>

Otras consideraciones	<p>Si no se dispone de los datos sobre la retención a los 24 meses o a los 60 meses para los pacientes que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 o el 2009, respectivamente, pero se dispone de los datos de los pacientes que lo iniciaron durante un período anterior (por ejemplo, 2011 o 2008) sírvase especificar dicho período en la sección de observaciones (por ejemplo, «Inició el tratamiento antirretroviral entre [mes]/[año] y [mes]/[año]).</p> <p>El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en tratamiento antirretroviral de forma continua durante el período de 24 meses o 60 meses. Por ejemplo, los pacientes que pudieran haber faltado a una o dos citas o a recoger sus medicamentos y hubieran suspendido temporalmente el tratamiento, pero siguen registrados como en tratamiento en el mes 24 o 60 se incluyen en el denominador. Por el contrario, no se incluyen en el numerador aquellos pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o considerados pérdidas de seguimiento transcurridos 24 o 60 meses desde el inicio del tratamiento. En los países donde este indicador no se genera en todos los centros de tratamiento antirretroviral, sino en un subconjunto de establecimientos, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad y esto debe mencionarse en la sección de observaciones.</p>
Utilización de los datos	<p>Indique cualquier retención particularmente baja y determine las causas mediante el análisis de la distribución de los pacientes que no están en tratamiento antirretroviral, ya sea por fallecimiento, abandono del tratamiento o pérdida durante el seguimiento. Si los datos están disponibles, intente determinar la población de pacientes perdidos durante el seguimiento a fin de examinar si es probable que hayan fallecido, dejado el tratamiento o sido trasladados. Compare las cohortes.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Si este indicador solo se produce en un subconjunto de establecimientos, debe señalarse la fuente de información y si la información es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretroviral.</p>

**4.2.1 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables seropositivos para el VIH que siguen con vida y en tratamiento a los a) 12 meses, b) 24 meses y c) 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)**

Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida que aumenta la supervivencia y reduce la transmisión. En la Región de Europa de la OMS, en la que los usuarios de drogas inyectables son los más afectados por la epidemia de la infección por el VIH/sida, el acceso al tratamiento antirretroviral y la retención en dicho tratamiento son intervenciones clave de la respuesta del sector de la salud.
Lo que mide	Este indicador mide la retención en el tratamiento antirretroviral relacionada con el aumento de la supervivencia y la voluntad de continuarlo. Debe registrarse a los 12 meses y luego de manera anual tras el inicio del tratamiento. Este indicador completa la cobertura del programa al medir la eficacia.
Numerador	Número de personas que consumen drogas inyectables que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral: a) a los 12 meses, b) a los 24 meses y c) a los 60 meses después de iniciar el tratamiento.
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a) A los 12 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2013 y que, por lo tanto, se esperaba que alcanzaran los 12 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2014), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 12.</li> <li>• b) A los 24 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 y que, por lo tanto, se esperaba que alcancen los 24 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2014), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 24.</li> <li>• c) A los 60 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2009 y que, por lo tanto, se esperaba que alcancen los 24 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2014), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 60.</li> </ul>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de vigilancia de los programas, registro del tratamiento antirretroviral y formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención en 3 intervalos distintos, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes que consumen drogas inyectables según el momento en el que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p>

**Método y herramientas de medición**

La evaluación de los resultados a los 12 meses debe incluir a todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento en el último año; la evaluación a los 24 meses a todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento hace 2 años; y a los 60 meses todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento hace 5 años. Si los datos disponibles no concuerdan con este período anual típico, es importante especificar el período de cálculo utilizado y el momento en el que los pacientes iniciaron el tratamiento.

Los pacientes que consumen drogas inyectables deben seguir con vida y en tratamiento antirretroviral a los 12, 24 y 60 meses de inicio del tratamiento. El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en tratamiento de manera continua durante el período de 12, 24 o 60 meses. Los pacientes que no hayan asistido a una o dos consultas o no hayan recogido sus medicamentos una o dos veces y hayan suspendido el tratamiento temporalmente durante los 12, 24 o 60 meses desde el inicio, pero que se haya registrado que aún continúan en tratamiento al mes 12, 24 o 60 deben incluirse en el numerador. Por el contrario, aquellos pacientes que hayan muerto, suspendido el tratamiento o que se hayan registrado como pérdidas de seguimiento a los 12, 24 o 60 meses desde el inicio no deben incluirse en el numerador.

Al generar información a nivel del establecimiento, deben incluirse en las estadísticas aquellos pacientes trasladados desde otro establecimiento y deben excluirse aquellos pacientes trasladados fuera del establecimiento. Para la recopilación del informe de cada establecimiento, si el número de pacientes trasladados desde otro establecimiento o trasladados fuera de él debe sumarse a nivel nacional; estas estadísticas deben informarse en los análisis de 12 meses.

**Desglose**

En la medida en que sea posible, este indicador debe desglosarse por sexo, edad (menores o mayores de 15 años) y por tratamiento de primera o de segunda línea en el punto final.

**Puntos fuertes y débiles**

La continuación del tratamiento antirretroviral se relaciona principalmente con la supervivencia (aunque, además, con la voluntad de continuar el tratamiento). La supervivencia puede reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características iniciales de los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral. La estadificación clínica, inmunitaria y virológica son factores pronóstico independientes de la supervivencia bajo el tratamiento antirretroviral. Para las personas que consumen drogas inyectables, diversos problemas subyacentes de salud pueden además afectar las tasas de supervivencia. Las características iniciales de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y a comparar los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral.

**Otras consideraciones**

En aquellos países donde este indicador no se genere en todos los centros de tratamiento antirretroviral, sino en un subconjunto de establecimientos, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad.

**Utilización de los datos**

Indique toda cobertura particularmente baja y utilice los datos para evaluar las causas. Intente obtener datos sobre la distribución de aquellas personas que no están en tratamiento antirretroviral: fallecimiento, abandono del tratamiento o pérdida durante el seguimiento. Si los datos están disponibles, intente evaluar la población de pacientes perdidos durante el seguimiento a fin de determinar si es probable que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o sido trasladados. Compare las cohortes.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación

Representatividad nacional: Si este indicador solo se produce en un subconjunto de establecimientos, debe señalarse la fuente de información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretroviral.

#### 4.3a Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral

Fundamento

El tratamiento antirretroviral es una de las piedras angulares del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento.

Lo que mide

El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).

La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). Dentro de los establecimientos de salud se encuentran los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y los consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como centros de salud gestionados por organizaciones religiosas o no gubernamentales.

Método y herramientas de medición

El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que notifican la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretroviral. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben tener un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.

Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles, siempre que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de tratamiento antirretroviral directamente (es decir, lo recetan o realizan el seguimiento clínico) o envían a los pacientes a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios. Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas o los censos de establecimientos es que generalmente sólo se hacen una vez cada cierto número de años.

Los países deben actualizar periódicamente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de tratamiento antirretroviral y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.

Desglose

Sector: público, privado

Por tipo: hospital centro de salud, centro de atención prenatal, centro antituberculoso, establecimiento de salud para el tratamiento de las ITS.

Puntos fuertes y débiles	Este indicador aporta información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretroviral en los establecimientos de salud, pero no recoge información sobre la calidad de los servicios prestados. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con la asociación de cotrimoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos. La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.
Otras consideraciones	Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecerlo en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH. Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR.
Utilización de los datos	Examine los avances en cuanto al porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan tratamiento antirretroviral. El análisis de los datos desde el punto de vista geográfico y por tipo de establecimiento de salud, y la triangulación de los datos con las estimaciones de la densidad de la infección por el VIH puede ayudar a comprender mejor dónde es preciso aumentar la disponibilidad de los servicios de TAR.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores. Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH/sida), sírvase facilitar esta información complementaria.
Otras referencias	Otros indicadores recomendados para el programa nacional de lucha contra el sida n.º 5

#### 4.3.b Establecimientos de salud

##### Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico

Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una piedra angular del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico proporciona información valiosa sobre la capacidad de abordar la atención de la infección en los niños.
------------	---

<p><b>Lo que mide</b></p>	<p>Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico.</p> <p>La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como los establecimientos de salud gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales.</p>
<p><b>Método y herramientas de medición</b></p>	<p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que ofrecen servicios de TAR pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos normalmente se mantiene a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben contar con un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR. Un censo o encuesta de los establecimientos de salud también puede proporcionar esta información, junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando esta se recole de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas permiten establecer si el proveedor de ese establecimiento ofrece servicios de TAR pediátrico directamente o refiere a los pacientes a otros establecimientos.</p> <p>Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas y los censos de los establecimientos es que generalmente se realizan una vez cada cierto número de años. Los países deben actualizar regularmente sus registros de programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR pediátrico y complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de los establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.</p> <p>La herramienta de notificación del acceso universal no pide introducir un denominador, pero algunos países que están tratando de ampliar el TAR pediátrico a nivel nacional pueden considerar el "número total de establecimientos de salud", excluidos aquellos establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes; este número puede calcularse sumando el número total de establecimientos incluidos en la muestra. La información para conformar el denominador puede obtenerse de los registros de los programas, las listas de establecimientos o las estrategias nacionales o documentos de planificación. Se deben excluir los establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes (por ejemplo, los establecimientos especializados en la atención oftálmica, donde nunca se introducirá el TAR).</p>
<p><b>Desglose</b></p>	<p>Sector: público, privado</p>
<p><b>Puntos fuertes y débiles</b></p>	<p>Este indicador facilita información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de TAR pediátricos, pero no recoge información sobre la calidad del servicio prestado. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con cotrimoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos.</p> <p>La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.</p>

Puntos fuertes y débiles	Una posible limitación de los censos y las encuestas de los establecimientos es que se realizan una vez cada cierto número de años, por lo es posible que no recojan la información más actualizada, sobre todo en los entornos donde recientemente se ha intensificado el aumento de los servicios.
Otras consideraciones	Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecer el tratamiento, incluido el pediátrico, en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios de TAR pediátrico proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH. Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR pediátrico.
Utilización de los datos	Examine las tendencias a lo largo del tiempo. Explore el número de establecimientos que ofrecen TAR en relación con el número calculado de niños que lo necesitan.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Si se trata de una encuesta, no olvide indicar el año en que se realizó. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores. Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen TAR pediátrico (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH), sírvase facilitar esta información complementaria.
Otras referencias	Otros indicadores recomendados del ONUSIDA para el programa nacional de lucha contra el sida n.º 5

#### 4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario

Fundamento	A medida que los países aumentan los servicios de tratamiento antirretroviral, es importante conseguir que los antirretrovirales estén al alcance de las personas que los necesitan. El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección por el VIH avanzada, por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Es necesaria una gestión eficaz de los suministros de ARV para que no falten reservas de estos medicamentos.
Lo que mide	Este indicador mide un aspecto fundamental de la gestión de los suministros de ARV: si los establecimientos de salud que suministran dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses.
Denominador	Número total de establecimientos de salud que suministran ARV.

## Método y herramientas de medición

Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedidos de ARV. Los formularios contienen información sobre los pacientes que reciben TAR, datos de consumo e información sobre las existencias y el desabastecimiento si fuera el caso.

Este indicador requiere las siguientes herramientas:

- los informes de control de inventario de los establecimientos de salud que indiquen la cantidad de existencias de cada artículo;
- los formularios de pedidos enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, último período de pedido, último trimestre, año pasado) de los ARV; y
- la lista de los ARV que cada establecimiento tiene previsto suministrar, si no está incluida en los informes de control de inventario o en los formularios de pedido.

Lo mencionado anteriormente funciona si el sistema nacional de información de gestión logística está en funcionamiento. Si no lo está, pueden utilizarse encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de la Provisión de Servicios o la Cartografía de Servicios Disponibles, a condición de que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARV.

Si existe un sistema nacional de información de gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, se debe extraer información de este sistema para generar el indicador. Otra posibilidad es que sea necesario recopilar la información mediante una encuesta especial o visitas a los centros. Si solo hay un número limitado de establecimientos de salud que suministran ARV en el país, todos ellos deberán incluirse en la encuesta o en las visitas; por el contrario, si el número es muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que suministran ARV (la lista completa debe estar disponible en el nivel nacional). Durante el muestreo es importante asegurarse de que la muestra incluya los diferentes niveles (central, distrital y periférico). En los países donde los ARV se distribuyen en las farmacias u otros establecimientos no sanitarios, también deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la factibilidad dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística.

## Desglose

Sector: público, privado

## Puntos fuertes y débiles

Este indicador capta un componente crucial del programa de tratamiento antirretroviral: si existe o no un suministro continuo e ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales en el nivel de los establecimientos de salud.

Sin embargo, no suministra información sobre las causas de los problemas de desabastecimiento, sobre los antirretrovirales que están agotados ni sobre cuánto duró el desabastecimiento de un antirretroviral concreto. Tampoco informa acerca de la calidad del almacenamiento, la entrega y la distribución de los medicamentos antirretrovirales.

Otras consideraciones	En algunas situaciones, la simple vigilancia de los desabastecimientos podría resultar engañosa, dado que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener una política de no expedir las existencias de reserva. Estos establecimientos no debieran contarse dentro de los que han tenido un desabastecimiento según la definición del indicador, aun cuando los pacientes no habrán de recibir el antirretroviral necesario para el tratamiento. En los entornos donde las existencias de reserva no se expiden durante los desabastecimientos de antirretrovirales es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad de obtener acceso o usar un antirretroviral necesario).
Utilización de los datos	Si hay desabastecimientos, evalúe si el problema reside en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema relacionado con una corriente financiera o una escasez mundial. Averigüe si la razón se debe a las previsiones del pedido de suministros, al sistema de distribución o a otra cuestión. Aproveche la ocasión para verificar si el sistema de información de gestión logística está funcionando.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indique si los datos se basan en los datos nacionales o en los datos de encuestas de una muestra de establecimientos. Sírvase incluir toda observación que pueda ayudar a interpretar los datos (por ejemplo, si sólo se incluyen datos del sector público o del privado, y si puede haber una sobrevaloración o infravaloración).
Otras referencias	Indicadores armonizados del seguimiento y la evaluación para los sistemas de gestión de compras y suministros.

#### 4.5 Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ $\mu$ l en el 2014

Fundamento	A medida que los países expanden los servicios relacionados con la infección por el VIH, es importante determinar si las personas reciben el diagnóstico en una etapa temprana (o qué porcentaje aún lo recibe en una etapa posterior).
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ $\mu$ l entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.
Numerador	Número de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ $\mu$ l en el 2014.
Denominador	Número total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2014.

#### 4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento antirretroviral

4.6.a Número total de personas incluidas en la atención de la infección por el VIH al fin del período de notificación

4.6.b Número de personas incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación (2014)

Fundamento	Además de las pruebas de detección del VIH, es importante hacer el seguimiento del vínculo con la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. La comparación de la evolución del número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH al finalizar el año no indica el número de personas nuevas que se registraron en la atención de la infección por el VIH, especialmente debido a que las pérdidas en la cascada del proceso continuo de la atención de la infección por el VIH pueden ser elevadas con un síndrome de desgaste importante y pérdidas de seguimiento. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que están registrados en servicios de atención de la infección por el VIH en espera de iniciar el tratamiento antirretroviral o que ya están recibiendo el tratamiento durante el año de notificación.
Lo que mide	Número de adultos y niños en seguimiento de la atención de la infección por el VIH por parte de los servicios de salud durante el período de notificación (2014). Las personas que están recibiendo atención incluyen aquellas que acudieron a los servicios de atención de la infección por el VIH al menos una vez durante el año de notificación. Evolución anual del número de pacientes seropositivos para el VIH incluidos en los servicios de atención de la infección por el VIH.
Método y herramientas de medición	Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del período de notificación.
Desglose	Por sexo: masculino, femenino Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años Por modo de transmisión (Región de Europa solamente)
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar las tendencias con respecto al total de los pacientes vinculados con los servicios de atención de la infección por el VIH, pero no pretende distinguir entre la atención de la infección y el tratamiento antirretroviral, ni medir el costo, la calidad o la eficacia del tratamiento prestado. El nivel de inicio del tratamiento antirretroviral dependerá de factores como nuevas políticas, el costo en relación con el ingreso local, la infraestructura y la calidad de la prestación de servicios, la disponibilidad y aceptación de los servicios voluntarios de pruebas de detección y orientación conexas, y las percepciones de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.
Otras consideraciones	Este indicador debe analizarse teniendo en consideración la "lista de espera", por ejemplo, los pacientes que reúnen los criterios para recibir TAR pero no lo han comenzado.
Utilización de los datos	Además del número de personas que está recibiendo tratamiento antirretroviral, el número de pacientes que recibe atención es necesario para una planificación precisa de los recursos y reservas de medicamentos (a fin de evitar el desabastecimiento y el desperdicio).

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Si los pacientes son trasladados y esto no se registra correctamente, o si los pacientes están siendo seguidos en distintos centros de atención de la infección por el VIH y no están correctamente identificados, hay un riesgo de notificación doble que podría conducir a una sobreestimación de pacientes que iniciaron el tratamiento. Si este fuera el caso, por favor indíquelo.</p> <p>De igual manera, si hay pacientes que dejan de recibir el tratamiento antirretroviral y, al reanudarlo, se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimarán el número real de pacientes nuevos que comenzaron el tratamiento.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulativo, producido generalmente por todos los establecimientos de salud. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos según sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia, a fin de comparar el número de personas que están recibiendo la prueba, el número de pacientes en el registro de la farmacia y el número en el registro del tratamiento antirretroviral.</p>
Otras referencias	Indicador y directrices del PEPFAR

#### 4.7 Supresión viral

- 4.7.a Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral suprimida en el período de notificación (2014)
- 4.7.b Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran un nivel de  $\leq 1.000$  copias tras 12 meses de tratamiento (2014)
- 4.7.c Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación (2014)

Fundamento	<p>La carga viral es la manera en que se recomienda medir la eficacia del tratamiento antirretroviral y, además, proporciona una indicación del cumplimiento del tratamiento y del riesgo de transmisión del VIH a nivel individual y de la población.</p> <p>El tratamiento antirretroviral eficaz reduce la transmisión del VIH. Diversos estudios han apoyado la premisa de que el tratamiento de la persona infectada por el VIH puede reducir significativamente la transmisión sexual del VIH. La supresión de la carga viral a niveles indetectables debería reducir en gran medida el riesgo de transmisión a un compañero no infectado. El tratamiento antirretroviral también previene la transmisión perinatal del VIH. Este tratamiento se considera eficaz cuando reduce sistemáticamente la carga viral plasmática a niveles indetectables.</p> <p>Las personas que reciben tratamiento antirretroviral a menudo desarrollan resistencia al tratamiento. Un factor determinante clave del fracaso terapéutico es el aumento de la carga viral. La medición de la supresión viral (carga viral <math>\leq 1000</math> copias/ml) es un indicador programático clave que indica un tratamiento eficaz.</p>
------------	--

Lo que mide	<p>La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de &gt;1.000 copias/ml.</p> <p>La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.</p>
Numerador	<p>4.7.a (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación y que muestran una carga viral reducida (es decir, <math>\leq 1000</math> copias).</p> <p>4.7.b (datos de cohorte) Número de personas a las que se les mide la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión viral (carga viral <math>\leq 1000</math> copias) durante el período de notificación.</p> <p>4.7.c (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación cuya carga viral fue indetectable (por ejemplo, <math>\leq 50</math> copias).</p>
Denominador	<p>4.7.a (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación.</p> <p>4.7. b (datos de cohorte) Número de personas a las que se les mide la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación.</p> <p>4.7.c (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación.</p>
Método y herramientas de medición	<p>En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.</p>
Desglose	<p>Por grupo de edad: &lt;15, 15+</p> <p>Por sexo: masculino o femenino</p>

Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: la determinación de la carga viral brinda información sobre el cumplimiento terapéutico, la eficacia del tratamiento y el riesgo de transmisión a nivel individual y programático.</p> <p>Puntos débiles: la capacidad de medir la carga viral está aumentando, aunque sigue siendo limitada en entornos de ingresos bajos. Los datos resumidos del indicador de la carga viral pueden no ser representativos de la carga viral de la población en tratamiento antirretroviral más amplia, puesto que es posible que los resultados puedan obtenerse solamente de un subconjunto que no sea representativo. Esto se aplica en especial si la prueba de la carga viral no se realiza de manera sistemática a todos los pacientes en tratamiento antirretroviral sino tan solo de manera selectiva a aquellos que presentan resultados del tratamiento cuestionables. Los valores de corte de la carga viral para determinar el fracaso terapéutico no se han acordado a escala mundial. Los valores para definir la carga viral indetectable varían de acuerdo con la sensibilidad de la prueba utilizada.</p>
Otras consideraciones	<p>Por estas razones, este indicador solo se aplica si la determinación de la carga viral se realiza de manera sistemática (en lugar de solo cuando es necesario).</p> <p>Es importante restringir este indicador a las personas en tratamiento antirretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el período de notificación.</p> <p>En algunos entornos se usan muestras de gotas de sangre seca para medir la carga viral. Este enfoque se considera poco preciso en la actualidad en niveles bajos y, por lo tanto, se debe aplicar un umbral más alto para definir la falla virológica (&gt;3000 copias/ml).</p>
Utilización de los datos	<p>Las pruebas de la carga viral pueden ayudar a los programas a planificar las necesidades de medicamentos de segunda línea (en caso de fracaso terapéutico) y las posibles intervenciones para limitar la transmisión del VIH. El porcentaje de pacientes con carga viral indetectable es una medición aproximada del éxito del programa.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>El sistema de seguimiento de los pacientes puede proporcionar tanto datos transversales como de cohorte. Los datos de cohorte también pueden obtenerse de estudios especiales. Si se utilizan datos de laboratorio, estos datos deben ajustarse para evitar contar dos veces a los pacientes a los que se les realiza más de una prueba de medición de la carga viral en el período de notificación.</p>
Otras referencias	<p>Indicadores de alerta temprana de farmacorresistencia del VIH</p>

## OBJETIVO 5. REDUCIR EN UN 50% LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS PARA EL 2015

### 5.2 Porcentaje de personas seropositivas que se han incorporado por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa

<p><b>Fundamento</b></p>	<p>El principal objetivo de las actividades de detección intensiva de casos de tuberculosis es la detección temprana de la tuberculosis en personas seropositivas y el suministro rápido de tratamiento contra la tuberculosis y tratamiento antirretroviral, lo que, si se pone en práctica de manera óptima junto con el suministro de tratamiento antirretroviral temprano, profilaxis con isoniazida y prácticas de control de las infecciones transmitidas por aire, reduce la carga de la tuberculosis en las personas seropositivas.</p> <p>A pesar de que la intensificación de la detección debe implementarse aun en todos los centros de atención y tratamiento de la infección por el VIH en la primera consulta, es sumamente importante en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, dado que el riesgo de que tengan tuberculosis sin detectar es mayor que en las personas que ya están recibiendo el tratamiento antirretroviral. Asimismo, las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención pueden ser menos conscientes de los síntomas de la tuberculosis y de la importancia de su detección y tratamiento temprano, por lo que posiblemente no acudan a la atención cuando tengan síntomas generales o específicos de tuberculosis. La detección intensiva de casos de tuberculosis ofrece una oportunidad para educar a las personas que viven con el VIH al respecto y detectar la tuberculosis pronto. Por lo tanto, este indicador mide tanto la carga de la tuberculosis activa en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención de la infección por el VIH como la magnitud del esfuerzo para detectar pronto la tuberculosis asociada al VIH.</p>
<p><b>Lo que mide</b></p>	<p>El número total de casos de tuberculosis detectados en pacientes seropositivos que ingresan por primera vez en la atención para el VIH (antes o durante el tratamiento antirretroviral) dentro del periodo de notificación.</p>
<p><b>Numerador</b></p>	<p>El número total de personas con tuberculosis activa durante el periodo de notificación dentro de aquellos que ingresan por primera vez en la atención para el VIH.</p>
<p><b>Denominador</b></p>	<p>El número total de personas que ingresan por primera vez en la atención para el VIH durante el periodo de notificación (antes y durante el tratamiento antirretroviral).</p>
<p><b>Método y herramientas de medición</b></p>	<p>Los resultados de las investigaciones sobre presuntos casos de tuberculosis en personas seropositivas se deben registrar en la tarjeta atención/TAV para el VIH (columna "investigaciones" en la sección "visitas") y en los registros de pre-tratamiento y de tratamiento antirretroviral (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente). De la misma manera, los pacientes con tuberculosis que descubren que son seropositivos deben acudir pronto a la atención para el VIH y se indicará que tienen tuberculosis en la tarjeta y los registros de tratamiento antirretroviral.</p> <p>Numerador: Al final del periodo de notificación, haga un recuento del número total de personas que viven con el VIH que ingresan por primera vez en la atención para el VIH (registros de pre-tratamiento y tratamiento antirretroviral) y que tienen tuberculosis activa.</p>

Método y herramientas de medición	Denominador: Haga un recuento del número total de personas que viven con el VIH que ingresan por primera vez en la atención para el VIH, es decir, que reciben atención antes del tratamiento antirretroviral o que han iniciado este durante el periodo de notificación. Se evitará contar dos veces a la misma persona en los registros de pre-tratamiento y de tratamiento antirretroviral. Asimismo, la información del estado respecto a la tuberculosis de estos registros debe actualizarse y reconciliarse con los registros de tuberculosis en las unidades básicas de gestión pertinentes antes de consolidar los datos y notificarlos a niveles superiores.
Desglose	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (menores o mayores de 15 años).
Puntos fuertes y débiles	La revisión de las tendencias de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH que ingresan por primera vez en la atención durante un periodo de tiempo puede ofrecer información útil sobre la carga de tuberculosis entre dichas personas y sobre la efectividad de las iniciativas para detectar y tratar pronto la tuberculosis asociada al VIH. Este indicador puede infravalorar la carga real de la tuberculosis asociada al VIH ya que puede excluir a pacientes diagnosticados mediante asesoramiento y pruebas del VIH iniciadas por proveedores pero que no reciben atención para el VIH, así como aquellas personas que tienen formas diseminadas de tuberculosis, no presentan síntomas y fueron obviadas durante la detección rutinaria de tuberculosis. Asimismo, un valor alto del indicador puede significar altos índices de tuberculosis, o una detección efectiva de la tuberculosis y programas de pruebas del VIH, mientras que un valor bajo puede deberse a una ejecución deficiente de la detección de la tuberculosis, a actividades de pruebas del VIH o a iniciativas efectivas de control de la tuberculosis. Por lo tanto, el valor del indicador debe interpretarse con cautela.
Otras consideraciones	Los datos deben recopilarse de manera continua y notificarse al nivel subnacional o nacional como parte de la presentación sistemática de informes transversales trimestrales. También deberá enviarse anualmente a la OMS.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Se trata de un indicador incluido en 2014 por lo que se solicita a los países que hagan comentarios sobre cualquier problema que encuentren en la notificación, en especial si no pueden informar sobre este indicador.

### 5.3 Porcentaje de personas que viven con el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado terapia preventiva con isoniazida

Fundamento	Procurar que las personas seropositivas que reúnen los criterios para recibir tratamiento de la infección tuberculosa latente lo reciban y reducir con ello la incidencia de la tuberculosis en las personas seropositivas.
Lo que mide	El número de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la infección tuberculosa latente, terapia preventiva con isoniazida, expresado como la proporción del número total de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH durante un período dado.

Numerador	<p>Número de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH (iniciaron la etapa previa al tratamiento o el TAR) que también comenzaron (se les ha suministrado al menos una dosis) profilaxis con isoniazida durante el período de notificación.</p> <p>La atención de la infección por el VIH incluye tanto la etapa previa al tratamiento como el tratamiento antirretroviral.</p>
Denominador	Número de personas que viven con el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH en el período de notificación.
Método y herramientas de medición	<p>La tarjeta de tratamiento de la infección por el VIH y el registro modificado de la atención de la infección por el VIH.</p> <p>Los datos necesarios para calcular este indicador se obtienen de los registros de la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral en los centros que prestan servicios de atención de la infección por el VIH, en función del centro donde se administra la profilaxis con isoniazida. El tamizaje de la tuberculosis debe realizarse utilizando un algoritmo de detección de cuatro síntomas en los pacientes seropositivos. Se ofrecerá profilaxis con isoniazida a los pacientes que no presenten ninguno de los siguientes cuatro síntomas: catarro, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, y que por consiguiente es poco probable que tengan tuberculosis activa, según las directrices acordadas a escala nacional. De la misma manera, los niños que no tengan problemas para ganar peso, fiebre o catarro, deben recibir esta terapia para reducir el riesgo de que desarrollen tuberculosis activa, tanto quienes reciben antirretrovirales como los que no. Deben registrarse todos los pacientes que aceptan este tratamiento preventivo y han recibido como mínimo la primera dosis. Esta información se consigna en una columna suplementaria de los registros de atención de la infección por el VIH. La previsión exacta de las necesidades de suministro de medicamentos exige la recopilación de información más detallada.</p>
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador mide la cobertura del tratamiento de prevención de la tuberculosis en personas que se incorporan por primera vez a la atención para el VIH. Sin embargo, carece de una referencia para medir un desempeño aceptable. La ampliación de esta intervención ayudará a elaborar dicha referencia a nivel nacional. Asimismo, a no ser que se recopilen más datos, este indicador no ofrece información sobre el número de personas que observan o completan todo el tratamiento.
Otras consideraciones	En un registro del tratamiento preventivo de la tuberculosis (con isoniazida) mantenido en las farmacias, se consignará la asistencia de los usuarios (generalmente mensual) para recoger más suministros de medicamentos. Como alternativa, el establecimiento de tratamiento antirretroviral podrá mantener un registro de tratamiento de la infección latente por tuberculosis de forma paralela al registro de tratamiento antirretroviral. Dicho registro mejorará la información sobre el número de pacientes que inician o continúan el tratamiento de la infección latente por tuberculosis, así como sobre los índices de personas que completan el tratamiento y los eventos adversos.
Utilización de los datos	Cuando el valor del indicador es bajo, se deben explorar las razones y comparar los datos desglosados con el promedio nacional, a fin de detectar los lugares que precisan una atención especial y los motivos de la cobertura insuficiente. Se deben explorar mejor los demás datos existentes sobre la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis.

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase incluir observaciones acerca de si los datos proporcionados cubren todo el país o si provienen de una muestra (en ese caso, facilite detalles sobre lo que representan los datos y sobre toda conjetura hecha a fin de extrapolar los datos para obtener una cifra nacional).
Otras referencias	A <i>guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities</i> [guía para el seguimiento y la evaluación de las actividades de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis], versión de 2014.

#### 5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta

Fundamento	Este es un indicador de procedimientos de una actividad que busca disminuir los efectos de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH. Su valor revelará en qué medida se ha aplicado la recomendación de hacer la prueba de la tuberculosis a las personas con infección por el VIH, en el momento del diagnóstico y en las consultas de seguimiento, utilizando la consulta más reciente como medida de referencia.
Lo que mide	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la consulta más reciente.
Numerador	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la consulta más reciente. La atención de la infección por el VIH incluye la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral.
Denominador	Número total de adultos y niños que reciben servicios de atención para la infección por el VIH durante el período de notificación.
Método y herramientas de medición	<p>La OMS recomienda el uso de un algoritmo de tamizaje simplificado para intensificar la detección de casos de tuberculosis activa, que incluye 4 síntomas clínicos: 1) tos, 2) fiebre, 3) pérdida de peso y 4) sudores nocturnos.</p> <p>El estado con respecto a la tuberculosis debe determinarse con este algoritmo simplificado en cada consulta que tenga lugar durante el período de notificación ("Sí", en caso de "ningún signo", "presunción" o "en tratamiento" y "No", cuando no se determina el estado con respecto a la tuberculosis) y consignarse en la tarjeta asistencial de la infección por el VIH o del TAR, y transferirse a los registros correspondientes del TAR previo o el TAR, según corresponda, en todos los establecimientos que prestan servicios habituales relacionados con la atención de la infección por el VIH. Se entiende por incluidos en la atención a todos los pacientes que continúan recibiendo atención durante el período de notificación y a los recién incluidos. El valor de este denominador suele exceder normalmente el valor del denominador para 5.2 (detección de la tuberculosis) y para 5.3 (cobertura de la terapia preventiva con isoniazida). Estos datos deben analizarse y notificarse junto con otros datos transversales a escala nacional.</p> <p>El numerador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó durante el período de notificación. Se debe tener cuidado de contabilizar a los pacientes que comenzaron el tratamiento antirretroviral durante el período de notificación en el registro del TAR y no en el registro del TAR previo.</p>

Método y herramientas de medición	<p>El denominador de los pacientes en TAR previo corresponderá al número de pacientes atendidos durante el período de notificación. El denominador de los pacientes en tratamiento antirretroviral será el número de pacientes actualmente en TAR durante el período de notificación.</p> <p>El denominador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes que acudieron a una consulta durante el período de notificación. Este dato se consigna luego en el formulario de notificación transversal.</p> <p>Los programas de lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH deben colaborar para que se apliquen los criterios acordados sobre la detección de casos presuntos de tuberculosis y para que los métodos utilizados en el tamizaje de la tuberculosis concuerden con los protocolos del programa de control de la tuberculosis.</p>
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	<p>En las personas con infección por el VIH, la evaluación del estado con respecto a la tuberculosis, seguida de una remisión inmediata con fines diagnósticos y terapéuticos, aumenta las probabilidades de supervivencia, mejora la calidad de vida y disminuye la transmisión de la tuberculosis en la comunidad. Esta evaluación permite detectar a las personas seropositivas para el VIH que no presentan ningún indicio clínico de tuberculosis activa, a quienes sería útil el tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida.</p> <p>Este indicador no mide la calidad de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis ni revela si en los pacientes calificados como casos presuntos se practicó un examen complementario o eficaz de la tuberculosis. Sin embargo, el indicador sí destaca la importancia de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis en las personas con infección por el VIH en el momento del diagnóstico y en cada contacto que tengan con los servicios de tratamiento y atención de la infección por el VIH.</p> <p>Los programas deben procurar alcanzar un valor elevado para este indicador (cerca del 100%), pero deben interpretarlo conjuntamente con los indicadores relacionados con el porcentaje de personas que acuden a los servicios de atención de la infección por el VIH que: a) están en tratamiento antituberculoso y b) recibieron el tratamiento de la infección tuberculosa latente, con el fin de verificar si después del tamizaje se toman las medidas apropiadas. Un valor bajo de este indicador revelará que es poco probable que se cumpla con el objetivo B de disminuir los efectos de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH.</p>
Utilización de los datos	<p>Véase la sección sobre los puntos fuertes y los puntos débiles para interpretar los datos y definir los campos de intervención que precisan un examen complementario. Cuando el valor del indicador es bajo, deben analizarse los datos desglosados y buscar las razones de este resultado.</p> <p>Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación</p> <p>Sírvase formular observaciones acerca de la forma en que se recogieron estos datos y sobre toda conjetura hecha al establecer un cálculo a escala nacional.</p>
Otras referencias	A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities [guía para el seguimiento y la evaluación de las actividades de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis]

## Preguntas políticas y programáticas

### P.1 Preguntas políticas y programáticas

#### Asesoramiento y pruebas del VIH

Para cada grupo de preguntas, indique: sí, no, no lo sé.

1. Poblaciones. ¿Incluyen las directrices actuales de asesoramiento y pruebas del VIH a?
  - Niños
  - Adolescentes
  - Poblaciones clave<sup>5</sup>
2. Asesoramiento y pruebas iniciados por el proveedor. ¿Recomiendan las directrices actuales el asesoramiento y pruebas iniciados por el proveedor para?
  - Todos los contactos médicos
  - Todas las mujeres embarazadas
  - Todos los pacientes pediátricos
  - Todas las personas en clínicas de tuberculosis
  - Todas las personas en clínicas de infecciones de transmisión sexual
  - Todas las personas en servicios de hepatitis
  - Todas las poblaciones clave que acuden a servicios clínicos específicos para ellas
  - Otra poblaciones. Especifique.
3. Pruebas en la comunidad. ¿Recomiendan las directrices actuales sobre asesoramiento y pruebas del VIH lo siguiente?
  - Asesoramiento y pruebas del VIH en la comunidad
  - Uso de pruebas rápidas
  - Pruebas rápidas con resultados en el mismo día
  - Pruebas rápidas realizadas por proveedores no cualificados
4. Asesoramiento y pruebas del VIH para parejas. ¿Recomiendan las directrices actuales sobre asesoramiento y pruebas del VIH lo siguiente?
  - Asesoramiento y pruebas del VIH para parejas en todos los contextos
  - Asesoramiento y pruebas del VIH para parejas en programas de PTMI

<sup>5</sup> Haga referencia a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reclusos, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y personas transgénero.

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

### Tratamiento antirretroviral

1. ¿Cuál es el estado de las directrices sobre el tratamiento antirretroviral?  
Indique el mes y el año de la última revisión completada y publicada.  
Indique si las directrices son independientes o están consolidadas.
  - a. Directrices sobre el tratamiento antirretroviral para adultos:
  - b. Directrices sobre la PTMI:
  - c. Directrices sobre el tratamiento antirretroviral pediátrico:
  - d. Directrices operativas:Adjunte una copia de los documentos si dispone de ellos.
  
2. ¿Se han adaptado en el proceso nacional las recomendaciones de las Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de 2013 de la OMS?
  - a. Directrices sobre el tratamiento antirretroviral para adultos: Sí, completamente/en curso/no/otros  
Incluya un comentario si selecciona "otros":
  - b. Directrices sobre la PTMI: Sí, completamente/en curso/no/otros  
Incluya un comentario si selecciona "otros":
  - c. Directrices sobre el tratamiento antirretroviral pediátrico: Sí, completamente/en curso/no/otros  
Incluya un comentario si selecciona "otros":
  
3. ¿Cuáles son las metas nacionales para el tratamiento antirretroviral?
  - a. Número meta de personas en tratamiento:  
\_\_\_\_\_ número y año  
\_\_\_\_\_ número y año
  - b. Entre las mujeres embarazadas, ¿cuál es la meta para la cobertura del tratamiento antirretroviral para la PTMI?<sup>6</sup> (por ejemplo, XX% para 2015)  
\_\_\_\_\_ porcentaje y año  
\_\_\_\_\_ porcentaje y año
  
4. ¿Cuál es el recuento de CD4 recomendado para iniciar el tratamiento antirretroviral en adultos y adolescentes asintomáticos?
  - a. (Según las directrices o directivas del Ministerio de Salud)  
\_\_\_\_\_ Cualquiera, independientemente del recuento de CD4 (realizar la prueba y ofrecer tratamiento)  
\_\_\_\_\_ ≤ 500,  
\_\_\_\_\_ ≤ 350,  
\_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

6 Dentro del componente 4: La meta de la cobertura del tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas es el 90% para 2015.

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Tratamiento antirretroviral

b. ¿Cuál es la aplicación y práctica de iniciar el tratamiento antirretrovírico con un recuento de 500 CD4 entre adultos y adolescentes?

- No se lleva a cabo en la práctica
- Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en todo el país
- Otro:

Incluya un comentario si ha elegido "otro":

c. ¿Cuál es la aplicación y práctica de iniciar el tratamiento antirretroviral independientemente del recuento de CD4 entre adultos y adolescentes?

- No se lleva a cabo en la práctica
- Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en todo el país
- Otro: Incluya un comentario si ha elegido "otro":

5. Si las directrices nacionales recomiendan que el valor de inicio sea un número de 500 CD4, ¿se otorga prioridad a las personas con < 350 CD4 o a aquellas con un cuadro clínico avanzado?

- Sí, especifique: \_\_\_\_\_
- No
- No se aplica (por ejemplo, el país no ha adoptado todavía el valor de inicio de 500 CD4)
- Otro: Incluya un comentario si ha elegido "otro".

6. ¿Cuáles son los criterios adoptados en las directrices nacionales para iniciar el TAR en lactantes y niños?

a. Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud.

- < 2 años
- < 5 años
- < 15 años
- Otro: Incluya un comentario si ha elegido "otro":

b. ¿Cuál es el estado de aplicación de la política adoptada?

- No se lleva a cabo en la práctica
- Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- Se lleva a cabo en todo el país
- Otro: Incluya un comentario si ha elegido "otro":

c. Valor establecido de CD4 en niños de 5 años de edad o más que no presentan síntomas según las directrices o la directivas del Ministerio de Salud:

- independientemente del recuento de CD4
- $\leq 500$
- $\leq 350$
- Otro

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Tratamiento  
antirretroviral

Incluya un comentario si ha elegido "otro":

d. ¿Cuál es la práctica al aplicar el recuento de 500 CD4 o independientemente de dicho recuento para iniciar el tratamiento antirretrovírico en niños de 5 o más años de edad?

No se lleva a cabo en la práctica

Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento

Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento

Se lleva a cabo en todo el país

Otro:

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

7. ¿Recomiendan las directrices nacionales el TAR para todos los pacientes seropositivos con tuberculosis activa?

Sí

No

Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

8. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretroviral para todos los pacientes seropositivos con Hepatitis B y enfermedad hepática grave?

Sí

No

Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

9. ¿Recomiendan las directrices nacionales el TAR de la persona seropositiva en parejas serodiscordantes?

Sí

No

Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

10. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para personas seropositivas identificadas como poblaciones clave\* independientemente de su recuento de CD4? (Nótese que actualmente no es una recomendación en las Directrices sobre tratamiento antirretrovírico consolidadas de 2013)

Sí

No

Si la respuesta es sí, especifique qué poblaciones clave: \_\_\_\_\_

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

11. ¿Para qué poblaciones se permite que los enfermeros inicien el tratamiento antirretroviral?
- Adultos no embarazados (hombres, mujeres y transgénero )
  - Mujeres embarazadas
  - Adolescentes (10-19 años)
  - Niños < 10 años
  - Ninguno

### Régimen

12. ¿Es la combinación de TDF + 3TC (o FTC)/EFV la combinación preferida de primera línea para iniciar en tratamiento en las directrices nacionales entre:?
- a. Adultos y adolescentes: Sí / No /Otro  
Incluya un comentario si ha elegido "otro".
  - b. Mujeres embarazadas: Sí / No /Otro  
Incluya un comentario si ha elegido "otro".

13. ¿Usa el país preferentemente combinaciones de dosis fija en el TAR como tratamiento de primera línea? (Es posible seleccionar múltiples respuestas)
- Sí, una pastilla al día
  - Sí, dos fármacos FDC + 1 fármaco
  - No
  - Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

14. ¿Hay una política para eliminar gradualmente la d4T?
- a. adultos y adolescentes:
    - Sí, completamente retirado
    - Sí, parcialmente retirado
    - OtroIncluya un comentario si ha elegido "otro".
  - b. niños:
    - Sí, completamente retirado
    - Sí, parcialmente retirado
    - OtroIncluya un comentario si ha elegido "otro".

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

### Traitement antirétroviral

15. ¿Es la combinación de AZT/3TC (o FTC)/ATV/r (o LPV/r) la combinación antirretroviral preferida de segunda línea en las directrices nacionales para adultos y adolescentes seropositivos?
- Sí
- No
- Otro
- Incluya un comentario si ha elegido "otro".
16. ¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos menores de 3 años?
- Abacavir (ABC)
- Zidovudina (AZT)
- Estavudina (d4T)
- Otro (especifique\_\_\_\_\_)
17. ¿Se consideran los esquemas basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida para todos los niños seropositivos < 36 meses (independientemente de la exposición a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa o INNTI) en las directrices nacionales?
- Sí, para todos
- No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNTI solamente
- No recomendado
18. ¿Se recomienda el efavirenz (EFV) como el INNTI preferido para iniciar el tratamiento en niños de 3 o más años de edad?
- Sí
- No
- Otro (especifique\_\_\_\_\_)
19. ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para iniciar el tratamiento en niños de 3 a 10 años de edad?
- TDF + 3TC (o FTC)
- AZT + 3TC (o FTC)
- ABC + 3TC (o FTC)
- Otro (especifique\_\_\_\_\_)

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

- Traitement antirétroviral
20. ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para iniciar el tratamiento en adolescentes que pesan > 35 kg y tienen al menos 10 años de edad?
- TDF + 3TC (o FTC)
  - AZT + 3TC (o FTC)
  - ABC + 3TC (o FTC)
  - Otro (especifique \_\_\_\_\_)

### Seguimiento de la respuesta al tratamiento

21. ¿Se usa en el país la tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención?
- Sí  No
- a. En caso afirmativo, ¿qué proporción de hospitales de distrito tienen capacidad para realizar pruebas de CD4?  
Indique un porcentaje estimativo (%)
- b. ¿Qué proporción de establecimientos de atención primaria de salud tienen acceso a tecnología de recuento de CD4 para realizar las pruebas a los pacientes, ya sea en el propio sitio o mediante la derivación a un lugar cercano?  
Indique un porcentaje estimativo (%)
22. ¿Qué política nacional existe actualmente sobre la carga vírica y cuál es su nivel de ejecución?
- a. Política sobre la carga vírica y nivel de ejecución para adultos:
- Sí, existe (en fase inicial), facilite la fecha
  - Sí, existe (plenamente implantada), facilite la fecha
  - No está implantada
- b. Política sobre la carga vírica y el nivel de ejecución para adolescentes:
- Sí, existe (en fase inicial), facilite la fecha
  - Sí, existe (plenamente implantada), facilite la fecha
  - No está implantada
- c. Política sobre la carga vírica y el nivel de ejecución para niños:
- Sí, existe (en fase inicial), facilite la fecha
  - Sí, existe (plenamente implantada), facilite la fecha
  - No está implantada
23. ¿Cuál es la estrategia de pruebas de carga vírica para supervisar la respuesta al tratamiento?
- Para:
- a. Adultos:
- Primera prueba rutinaria: 3 meses/6 meses/12 meses
- Prueba de seguimiento cada: 3 meses/6 meses/12 meses
- Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico): Sí/No

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Traitement antirétroviral

b. Adolescentes:

Primera prueba rutinaria: 3 meses/6 meses/12 meses

Prueba de seguimiento cada: 3 meses/6 meses/12 meses

Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico): Sí/No

c. Niños:

Primera prueba rutinaria: 3 meses/6 meses/12 meses

Prueba de seguimiento cada: 3 meses/6 meses/12 meses

Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico): Sí/No

24. ¿Cuál es la recomendación con relación al seguimiento de la carga vírica para:

a. adultos ?

Seguimiento rutinario de la carga vírica/Carga vírica dirigida /Sin recomendación/

Otro:

(Especifique: \_\_\_\_\_)

b. adolescentes ?

Seguimiento rutinario de la carga vírica/Carga vírica dirigida /Sin recomendación/

Otro:

(Especifique: \_\_\_\_\_)

c. niños?

Seguimiento rutinario de la carga vírica/Carga vírica dirigida /Sin recomendación/

Otro:

(Especifique: \_\_\_\_\_)

Prestación de servicios:

25. ¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios se incluyen en la política nacional de TAR para::

a. adultos?

\_\_\_ Provisión de TAR en clínicas de tuberculosis por proveedores responsables de tuberculosis

\_\_\_ Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de proveedores de TAR

\_\_\_ Provisión de TAR en clínicas de salud maternal, neonatal e infantil por proveedores de servicios de salud maternal, neonatal e infantil

\_\_\_ Provisión de TAR en lugares que proporcionan terapia de sustitución de opiáceos

\_\_\_ Los trabajadores sanitarios comunitarios participan en el apoyo de los pacientes que reciben TAR

\_\_\_ Otro, especifique:

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Traitement antirétroviral

b. niños ?

- Provisión de TAR en clínicas de tuberculosis por proveedores responsables de tuberculosis
- Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de proveedores de TAR
- Provisión de TAR en clínicas de salud maternal, neonatal e infantil por proveedores de servicios de salud maternal, neonatal e infantil
- Provisión de TAR en lugares que proporcionan terapia de sustitución de opiáceos
- Los trabajadores sanitarios comunitarios participan en el apoyo de los pacientes que reciben TAR
- Otro, especifique:

26. ¿Cuáles de las siguientes políticas sobre la coinfección están vigentes?

a. Adultos

- Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH
- Búsqueda intensificada de casos de TB en personas seropositivas para el VIH
- Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH
- Profilaxis con cotrimoxazol
- Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH
- Pruebas de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR
- Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR
- Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR
- Otro

Especifique:

b. Niños

- Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH
- Búsqueda intensificada de casos de TB en personas seropositivas para el VIH
- Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH
- Profilaxis con cotrimoxazol
- Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH
- Pruebas de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR
- Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR
- Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR
- Otro

Especifique:

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Prevención de la transmisión maternoinfantil

1. ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH?  
En caso afirmativo, especifique la meta o metas con respecto a la tasa de transmisión maternoinfantil (por ejemplo, #casos/pop) y el año: \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, especifique la meta o metas con respecto a la eliminación y el año:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No
  2. ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?
    - a. Sí, integrado con la iniciativa para la eliminación de la transmisión del VIH u otra iniciativa de eliminación
    - b. Sí, independiente (no está integrado con ninguna iniciativa de eliminación de la transmisión del VIH ni de otra enfermedad)
    - c. Ningún plan nacional
  3. ¿Qué pruebas se usan para detectar la sífilis en mujeres embarazadas en su país? Sí/No
    - a. Pruebas de laboratorio no treponémicas (por ejemplo, RPR/VDRL)
    - b. Pruebas de laboratorio treponémicas (por ejemplo, TPPA, TPHA)
    - c. Pruebas treponémicas rápidas (por ejemplo, Bioline, Determine, Chembio, etc.)
  4. ¿Cuál es la opción de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad (Según las directrices o las directivas del Ministerio de Salud)?

Opción A  
Opción B: En caso afirmativo, desde el año \_\_\_\_\_  
Opción B+: En caso afirmativo, desde el año \_\_\_\_\_
  5. ¿Cuál es la práctica al aplicar la Opción B+ en el tratamiento de mujeres embarazadas seropositivas?  
\_\_\_ No se lleva a cabo en la práctica  
\_\_\_ Se lleva a cabo en un pequeño número de centros de salud maternoinfantil  
\_\_\_ Se lleva a cabo en un pequeño número de centros de salud maternoinfantil  
\_\_\_ Se lleva a cabo en todo el país  
\_\_\_ Otro
- Si actualmente se está usando la opción A, ¿se ha planificado la transición a la opción B o B+?
- 1) Sí,
  - 2) No,
  - 3) En caso afirmativo, indique el año: \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es el esquema antirretroviral de primera línea que se recomienda actualmente para mujeres seropositivas para el VIH que están embarazadas o amamantando?
    - a. TDF + 3TC (o FTC) + EFV
    - b. Otro, especificar \_\_\_\_\_

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

7. ¿Cuál es el esquema de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad para los lactantes expuestos al VIH y cuál es la duración que se recomienda?

Tratamiento de prevención de la transmisión maternoinfantil recomendado a nivel nacional en la actualidad:

Duración

8. Hay alguna recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes expuestos al VIH?
- a. Sí: lactancia materna (duración \_\_\_\_\_ meses o no se especifica \_\_\_\_\_)
  - b. Sí: alimentación de sustitución
  - c. Sí: se recomiendan las dos opciones, la decisión se deja librada al nivel individual o se basa en el entorno
  - d. No

9. Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres seropositivas y los lactantes expuestos, ¿se especifica la duración?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

En caso afirmativo, sírvase especificar la duración en meses: ( )

Infecciones  
de transmisión  
sexual (ITS)

1. ¿Hay directrices o recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de las ITS? De haberlas, ¿en qué año fue la actualización más reciente?

\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, año de la actualización (\_\_\_)

\_\_\_ No

2. ¿Cuenta su país con una estrategia y plan nacional para la prevención y el control de las ITS?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

3. ¿Se realiza en su país un seguimiento de la resistencia antimicrobiana gonocócica?

\_\_\_ Sí, anualmente

\_\_\_ Sí, menos de una vez al año

\_\_\_ No

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

### Poblaciones clave

1. ¿Cuáles de los siguientes grupos poblacionales clave o grupos vulnerables se abordan explícitamente en la política o los planes nacionales contra la infección por el VIH? (Se pueden seleccionar varios)

Poblaciones de adolescentes clave  
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres  
Reclusos en cárceles y otros entornos de reclusión  
Personas que consumen drogas inyectables  
Profesionales del sexo (hombres y mujeres)  
Personas transgénero

2. ¿Cuenta con estimaciones del tamaño de las siguientes poblaciones? (Se pueden seleccionar varias)

Poblaciones de adolescentes clave  
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres  
Reclusos en cárceles y otros entornos de reclusión  
Personas que consumen drogas inyectables  
Profesionales del sexo (hombres y mujeres)  
Personas transgénero

3. Usuarios de drogas inyectables: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para usuarios de drogas inyectables están presentes en su país?

Indique: Sí \_\_\_ No

- a. Programas de agujas y jeringas
- b. i) Terapia de sustitución con opiáceos  
b. ii) Otro tratamiento para la drogodependencia
- c. Provisión comunitaria de naloxona
- d. Asesoramiento y pruebas del VIH
- e. Tratamiento antirretroviral
- f. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- g. Programa integral de preservativos
- h. Información, educación y comunicación dirigidas
- i. Prevención, diagnóstico, tratamiento y vacunación para la hepatitis vírica
- j. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

4. Reclusos y otros entornos de reclusión: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave están presentes en su país?

Indique: Sí \_\_\_ No

- a. Programas integrales de preservativos y lubricantes
- b. Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)
- c. Intervenciones conductuales
- d. Asesoramiento y pruebas del VIH

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

### Poblaciones clave

- e. Tratamiento y atención para el VIH
- f. Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)
- g. Intervenciones de salud sexual y reproductiva

5. Profesionales del sexo: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave están presentes en su país?

Indique: Sí \_\_\_ No

- a. Programas integrales de preservativos y lubricantes
- b. Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)
- c. Intervenciones conductuales
- d. Asesoramiento y pruebas del VIH
- e. Tratamiento y atención para el VIH
- f. Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)
- g. i) Tratamiento de ITS sintomáticas
- g. ii) Detección de ITS asintomáticas
- g. iii) Tratamiento periódico de presuntas ITS

6. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave están presentes en su país?

Indique: Sí \_\_\_ No

- a. Programas integrales de preservativos y lubricantes
- b. Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)
- c. Intervenciones conductuales
- d. Asesoramiento y pruebas del VIH
- e. Tratamiento y atención para el VIH
- f. Profilaxis previa a la exposición
- g. Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)
- h. i) Tratamiento de ITS sintomáticas
- h. ii) Detección de ITS asintomáticas

7. Personas transgénero: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave están presentes en su país?

Indique: Sí \_\_\_ No

- a. Programas integrales de preservativos y lubricantes
- b. Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Poblaciones clave	<ul style="list-style-type: none"><li>c. Intervenciones conductuales</li><li>d. Asesoramiento y pruebas del VIH</li><li>e. Tratamiento y atención para el VIH</li><li>f. Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)</li><li>g. i) Tratamiento de ITS sintomáticas</li><li>g. ii) Detección de ITS asintomáticas</li></ul>
Circuncisión masculina (solo para 14 países)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cuál es el cronograma actual, la edad y el número previstos de circuncisiones masculinas voluntarias por razones médicas que se prevé alcanzar? Número previsto de circuncisiones masculinas voluntarias por razones médicas: Edad meta: ____ Año meta: ____</li><li>2. ¿En qué estado se encuentran la vigilancia y la planificación operativa? (Se pueden seleccionar varias) Existe un plan operativo para 2015 Si se ha realizado una revisión anual del desempeño del programa de circuncisión masculina, indique en qué año fue ____ La circuncisión masculina dentro del programa de prevención del VIH está vinculada (tiene un plan de trabajo) con la salud adolescente Se ha creado un comité/grupo técnico de trabajo sobre la circuncisión masculina para revisar eventos adversos</li><li>3. ¿Qué métodos de circuncisión masculina médica están recomendados/aprobados por el programa nacional? Métodos quirúrgicos convencionales (corte posterior, uso de pinzas, escisión del prepucio) (especifique cualquier precisión respecto a la edad) Si se ha aprobado para su uso un método precalificado con algún dispositivo, indíquelo: ____</li></ol>
Profilaxis previa y posterior a la exposición	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se facilita profilaxis previa a la exposición en su país? ___ Sí Si la respuesta es sí, especifique para quién: ___ No</li><li>2. ¿Se facilita profilaxis posterior a la exposición en su país? ___ Si Si la respuesta es sí, especifique para quién: ___ No</li></ol>

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

Profilaxis previa y posterior a la exposición	<p>3. ¿Qué fármacos se recomiendan para...?</p> <p>a. Adultos y adolescentes: (especifique)</p> <p>b. Niños: (especifique)</p> <p>Número de recetas (en el año del informe)</p> <p>a. Adultos/adolescentes</p> <p>b. Niños</p> <p>Indique las razones para prescribirlas (por ejemplo, ocupación, no relativo a la ocupación, etc.)</p>
Vigilancia	<p>¿Hay vigilancia centinela de grupos poblacionales especiales en el país?</p> <p>En caso afirmativo indique: cada ____ años; número de sitios ____; encuesta más reciente en el año ____</p> <p>i. Mujeres atendidas en servicios de atención prenatal</p> <p>ii. a) Profesionales del sexo</p> <p>ii. b) Personas que consumen drogas inyectables</p> <p>ii. c) Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres</p> <p>ii. d) Personas transgénero</p> <p>ii. e) Reclusos y personas en otros entornos de reclusión</p> <p>iii. Otros grupos poblacionales específicos (indique cuáles _____)</p>
Seguimiento y evaluación	<p>¿Cuál es el estado actual de la planificación del seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH?</p> <p>Hay un plan nacional de seguimiento y evaluación. Actualización más reciente en el año ____</p> <p>Se realizó una revisión del sistema de seguimiento y evaluación. Año en que se realizó la revisión más reciente ____</p> <p>Se ha planificado una revisión del sistema de seguimiento y evaluación que se hará en el año ____</p>
Farmacorresistencia del VIH	<p>En los últimos dos años, ¿ha llevado a cabo el país la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH según los siguientes protocolos de la OMS?</p> <p>Para cada una: ____sí ____no</p> <p>En caso afirmativo, indique el año de la encuesta más reciente ____</p> <p>a. Encuestas sobre farmacorresistencia previa al tratamiento</p> <p>b. Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida</p> <p>c. Encuestas sobre farmacorresistencia pediátrica</p> <p>d. Encuesta de desempeño clínico utilizando los indicadores de alerta temprana para la farmacorresistencia del VIH</p>

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

- Vigilancia de la toxicidad
1. Excluyendo los enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿se está tomando alguna medida sistemática para supervisar la toxicidad de los antirretrovíricos en el país?  
 sí  no
  2. Si la respuesta es sí, ¿qué enfoques se están utilizando? (Se pueden seleccionar varias opciones)  
 los centros centinelas informan de toxicidad  
 vigilancia activa con cohortes establecidos para evaluar el rango de los resultados del tratamiento  
 vigilancia activa con cohortes establecidos únicamente para vigilar la toxicidad  
 registro de embarazos  
 vigilancia de defectos congénitos  
 vigilancia de pares madre-niño durante la lactancia
- Planificación y revisión estratégicas
- Si corresponde, facilite las fechas de:
1. Análisis epidemiológicos:
    - a. ¿Cuándo se realizó el último análisis epidemiológico?
    - b. ¿Cuándo está planificado el próximo análisis epidemiológico?
  2. Análisis de deficiencias programáticas y financieras:
    - a. ¿Cuándo se realizó el último análisis de deficiencias programáticas y financieras?
    - b. ¿Cuándo está planificado el próximo análisis de deficiencias programáticas y financieras?
  3. ¿Cuál es el estado de la elaboración de programas nacionales contra la infección por el VIH/sida (que incluyan la infección por el VIH en el sector de la salud)?  
 El plan estratégico nacional contra la infección por el VIH está vigente, válido de: (año) a (año)  
 Se hizo una revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud) en el año: \_\_\_\_\_  
 Se ha programado una próxima revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud) para el año: ( )
  4. ¿Se abordan los siguientes elementos en la estrategia nacional actual contra la infección por el VIH (sector de la salud)?
    - a. Logro del acceso universal al tratamiento antirretroviral
    - b. Colaboración entre los servicios de atención de la infección por el VIH y servicios de otro tipo, incluida la salud reproductiva
    - c. Fortalecimiento de los sistemas de salud
    - d. Reducción de las desigualdades

## P.1 Preguntas políticas y programáticas

### Salud reproductiva e investigación

En su país, ¿hay sitios de prestación de servicios que brinden atención psicológica y médica apropiadas, al igual que apoyo a las mujeres y los hombres que han sufrido violaciones o incesto?

La atención y el apoyo médicos y psicológicos están en consonancia con las recomendaciones de las directrices clínicas y de política de la OMS sobre la violencia infligida por la pareja: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines (2013)

- Se proporciona apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos
- Se proporciona anticoncepción de urgencia a las mujeres que acuden a los servicios dentro de los 5 días
- Se ofrece un aborto seguro si una mujer está embarazada como consecuencia de violación, en conformidad con lo que establezca la ley nacional
- Se proporciona profilaxis posterior a la infección por el VIH y las ITS (en las 72 horas posteriores a una agresión sexual) según sea necesario

Sí  
 No

## APÉNDICE 1. INDICADORES DE LA COINFECCIÓN POR VIH Y HEPATITIS (EURO Y OPS)

EURO15/OPS1 Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B	
Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis B (VHB), especialmente en la Región de Europa de la OMS, debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHB. Las pruebas del VHB fundamentan la estrategia de los médicos con respecto al tratamiento del paciente (recomendando la vacunación contra la hepatitis B de las personas que no están infectadas ni vacunadas, o una mayor evaluación y tratamiento de la hepatitis B). Esto forma parte de un enfoque integrado del tratamiento de las personas seropositivas al VIH que se promueve en la Región de Europa.
Lo que mide	Este indicador mide el número de personas seropositivas incluidas en la atención del VIH a las que se les realizó la prueba con el antígeno HBs a fin de abordar las necesidades del paciente con respecto a la hepatitis B.
Numerador	Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B con el antígeno HBs durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	Se calcula a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Resultado de la prueba: positivo.
Puntos fuertes y débiles	<p>El punto fuerte de este indicador es que permite a los países hacer un seguimiento de la medida en la que se está realizando a los pacientes seropositivos para el VIH la prueba de la hepatitis B: una intervención crucial para evaluar las necesidades relativas al tratamiento de la hepatitis B.</p> <p>La presencia de HBs durante un mínimo de 6 meses indica hepatitis B crónica y hace que los médicos clínicos sepan que se necesita una evaluación mayor clínica y de laboratorio y tratamiento. Conocer el estado serológico con respecto al VIH y la hepatitis B permite recetar antirretrovirales que son eficaces tanto para la infección por el VIH como para la infección por el VHB.</p>
Otras consideraciones	Como parte de este indicador, también se solicita información adicional sobre el número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B y que fueron diagnosticados con hepatitis B durante el período de notificación. Estos datos permiten evaluar el acceso al tratamiento de aquellos que lo necesitan.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

**EURO16/OPS2 Porcentaje de casos de hepatitis B seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B que recibieron tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH**

Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis B (VHB) debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHB. Las tasas de coinfección son particularmente elevadas en la Región de Europa de la OMS, donde una gran proporción de las infecciones por el VIH se relacionan con el consumo de drogas inyectables. El tratamiento de la hepatitis B en personas seropositivas tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida, la esperanza de vida y la mortalidad de los pacientes. Algunos antirretrovirales son eficaces tanto para el VIH como el virus de la hepatitis B, lo que simplifica el tratamiento de los pacientes que presentan una coinfección.
Lo que mide	Este indicador mide el número de pacientes coinfectados por el VIH y el VHB que reciben tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH con antirretrovirales eficaces para ambos virus en pacientes incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se evaluó con respecto a la evolución de la hepatitis y se determinó que reunían los criterios para recibir tratamiento.
Numerador	Número de casos de hepatitis B seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B y de la infección por el VIH que recibieron tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH con ARV eficaces para ambos virus durante el año de notificación.
Denominador	Número de casos de hepatitis B positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B y de la infección por el VIH durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador y el denominador se calculan a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que proporciona información sobre la carga de la hepatitis B en personas seropositivas al VIH. También permite hacer el seguimiento del acceso al tratamiento de la hepatitis B para las personas seropositivas coinfectadas por VHB que reúnen los criterios para el tratamiento.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

## EURO17/OPS3 Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de detección de la hepatitis C

Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis C (VHC), especialmente en la Región de Europa de la OMS, debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHC. Las pruebas del VHC fundamentan la estrategia de los médicos con respecto al tratamiento del paciente (mayor evaluación y tratamiento de la hepatitis C si es lo que se indica u orientación sobre la manera de minimizar el riesgo de infección por el VHC en el futuro). Esto forma parte de un enfoque integrado del tratamiento de las personas seropositivas al VIH que se promueve en la Región de Europa.
Lo que mide	Este indicador mide el número de personas seropositivas en atención de la infección por el VIH a las que se les realizó la prueba a/b de detección de la hepatitis C a fin de abordar las necesidades de salud del paciente con respecto a la hepatitis C.
Numerador	Número de adultos y niños seropositivos para el VIH en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba a/b de detección de la hepatitis C durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	Se calcula a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Resultado de pruebas: positivo.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que permite a los países hacer un seguimiento de la medida en la que se está realizando a los pacientes seropositivos para el VIH la prueba de la hepatitis B, una intervención crucial para evaluar las necesidades relativas al tratamiento de la hepatitis C. La presencia de VHC a/b proporciona información sobre las tasas de coinfección por el VIH y el VHC, notifica a los médicos clínicos de la necesidad de mayor evaluación clínica y de laboratorio y de tratamiento.
Otras consideraciones	Como parte de este indicador, también se solicita información adicional sobre el número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis C y que fueron diagnosticados con hepatitis C durante el período de notificación. Estos datos permiten evaluar el acceso al tratamiento de aquellos que lo necesitan.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

**EURO16/OPS2 Porcentaje de casos de hepatitis C seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C que recibieron tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH**

Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis C (VHC) debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHC. Las tasas de coinfección son particularmente elevadas en la Región de Europa de la OMS, donde una gran proporción de las infecciones por el VIH se relacionan con el consumo de drogas inyectables. El tratamiento de la hepatitis C en personas seropositivas tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida, la esperanza de vida y la mortalidad de los pacientes.
Lo que mide	Este indicador mide el número de pacientes coinfectados por el VIH y el VHC que reciben tratamiento tanto para la hepatitis C en los pacientes incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba, se los evaluó con respecto a la evolución de la hepatitis y se determinó que reunían los criterios para recibir tratamiento.
Numerador	Número de casos de hepatitis C positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C y que recibieron tratamiento de la hepatitis C durante el año de notificación.
Denominador	Número de casos de hepatitis C positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador y el denominador se calculan a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que proporciona información sobre la carga de la hepatitis C en personas seropositivas al VIH. También permite hacer el seguimiento del acceso al tratamiento de la hepatitis C para las personas seropositivas coinfectadas por VHC que reúnen los criterios para el tratamiento.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH.







ONUSIDA



Organización  
Mundial de la Salud

ONUSIDA  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas  
sobre el VIH y el Sida

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666

[unids.org](http://unids.org)