



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES BÁSICOS

Agosto de 2005



ONUSIDA/05.17S (versión española, agosto de 2005)

Versión original inglesa, UNAIDS/04.17E, julio de 2005:
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS – GUIDELINES ON
CONSTRUCTION OF CORE INDICATORS*
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (ONUSIDA) 2005.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, 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.

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

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

ONUSIDA.

Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of core indicators.

1.HIV infections – statistics 2.Acquired immunodeficiency syndrome – statistics 3.Data collection – methods 4.Health status indicators 5.Quality indicators, Health care 6.Guidelines I.United Nations. General Assembly. Special Session on HIV/AIDS II.Title.

ISBN 92 9 173435 7

(Clasificación NLM: WC 503.2)

**Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General
de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA**

**Seguimiento de la Declaración de compromiso
sobre el VIH/SIDA**

**DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE
INDICADORES BÁSICOS**

Agosto de 2005

Índice

Agradecimientos	5
Abreviaturas y siglas	6
Introducción	7
Objetivo	7
Antecedentes	7
Indicadores básicos	8
Indicadores nacionales: Panorama general	8
Indicadores nacionales: Epidemia generalizada, concentrada o de baja prevalencia	9
Indicadores mundiales	10
Aplicación en el ámbito nacional	10
Formulación de los indicadores	10
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	11
Numeradores y denominadores	11
Desglose de los datos	13
Interpretación y análisis	14
Epidemias concentradas o de baja prevalencia	15
Función de la sociedad civil	15
Presentación de informes	16
Indicadores básicos para la aplicación de la Declaración de compromiso	19
Epidemia generalizada	21
Indicadores del compromiso y la acción nacionales	21
1. Financiación gubernamental para el VIH/SIDA	22
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA	25
3. Educación escolar sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida	28
4. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo	30
5. Infecciones de transmisión sexual: tratamiento integral de casos	32
6. Prevención de la transmisión maternoinfantil: profilaxis antirretrovírica	34
7. Tratamiento contra el VIH: terapia antirretrovírica de combinación	36
8. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA	38
9. Seguridad hematológica	39
Indicadores del conocimiento y el comportamiento	41
10. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	42
11. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	43
12. Relaciones sexuales de alto riesgo entre mujeres y varones jóvenes	45
13. Los jóvenes: uso del preservativo con parejas ocasionales	46
14. Los huérfanos: asistencia a la escuela	48
Indicadores del impacto	51
15. Reducción de la prevalencia del VIH	52
16. Tratamiento contra el VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica	54
17. Reducción de la transmisión maternoinfantil	56

Epidemia concentrada o de baja prevalencia	57
Indicadores del compromiso y la acción nacionales	57
1. Financiación gubernamental para el VIH/SIDA	58
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA	58
3. Poblaciones más expuestas: pruebas del VIH	60
4. Poblaciones más expuestas: programas de prevención	61
Conocimiento y comportamiento	63
5. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención del VIH	64
6. Profesionales del sexo: uso del preservativo	66
7. Varones que tienen relaciones sexuales con varones: uso del preservativo	67
8. Consumidores de drogas intravenosas: prácticas de inyección y sexuales seguras	69
Indicadores del impacto	71
9. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH	72
Indicadores del compromiso y la acción mundiales	73
1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (promesas de contribución y desembolsos) asignados a los países de ingresos bajos y medianos	74
2. Cuantía de los fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	75
3. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo: empresas transnacionales	76
4. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo: organizaciones internacionales	77
Apéndices	79
1. Calendario para la presentación de informes de los indicadores básicos para la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	80
2. Proceso de consulta y preparación del informe nacional de vigilancia del seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	81
3. Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional – 2006	82
4. Encuesta sobre la metodología utilizada para la cobertura de ciertos servicios de prevención, atención y apoyo en relación con el VIH y el SIDA	105
5. Estructura del informe de país	106
6. Bibliografía seleccionada	108

Agradecimientos

La elaboración de los indicadores revisados para la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* y las directrices adjuntas no habría sido posible sin la ayuda de un gran número de personas, instituciones, organizaciones y países.

Deseamos agradecer en especial al Grupo de Consulta del ONUSIDA para la Evaluación y Seguimiento (incluidos los expertos evaluadores proporcionados por nuestros copatrocinadores, organismos afines, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales) por su orientación y retroalimentación sistemáticas, así como a los copatrocinadores del ONUSIDA y a los puntos focales de la Secretaría por sus aportaciones y apoyo durante todo el proceso.

Abreviaturas y siglas

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
IPS	Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA
EVC	Encuesta sobre la Vigilancia del Comportamiento
ECP	Evaluación Común del País
SIRN	Sistema de Información para la Respuesta Nacional
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo
EDS	Encuestas demográficas y de salud
CE	Comunidad Europea
FHI	Family Health International
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
CDI	Consumidores de drogas intravenosas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
EIM	Encuesta sobre indicadores múltiples
NC	No corresponde
CNS	Consejo Nacional del SIDA
PNS	Programa Nacional del SIDA
EGS	Evaluación del gasto nacional relativo al VIH/SIDA
ONG	Organizaciones no gubernamentales
NIDI	Instituto Demográfico Interdisciplinario Holandés
PEN	Plan estratégico nacional
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
DERP	Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza
EPS	Evaluación de la prestación de servicios
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
ITS	Infección de transmisión sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNDAF	Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
OMS	Organización Mundial de la Salud

Introducción

Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de la respuesta nacional a los elementos clave que participan activamente en la respuesta particular de cada país al VIH y al SIDA. Estas directrices ayudarán también a asegurar la transparencia del proceso que sigan los gobiernos nacionales y el ONUSIDA en la preparación de informes sobre su avance en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* del UNGASS.

Se alienta vehementemente a los países a que integren los indicadores básicos en sus actuales actividades de seguimiento y evaluación. El propósito de esos indicadores es ayudar a los países a evaluar el estado actual de su respuesta nacional, a la vez que contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la pandemia de SIDA, incluido el avance hacia los objetivos de la *Declaración de compromiso*. Dadas las aplicaciones paralelas de los indicadores, las directrices que se proponen en este documento se han orientado a mejorar la calidad y coherencia de los datos obtenidos en el ámbito nacional, lo que reforzará la precisión de las conclusiones que se extraigan de los datos en los niveles regional, nacional y mundial.

El presente documento incluye también una reseña de los indicadores mundiales que el ONUSIDA y sus colaboradores utilizarán para evaluar componentes fundamentales de la respuesta que pueden medirse con mayor precisión desde el punto de vista mundial.

Antecedentes

En la clausura del renovador Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001, un total de 189 Estados Miembros adoptaron la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*. La *Declaración de compromiso* se hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/SIDA antes de 2015.

Al reconocer la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes, la *Declaración de compromiso* aborda las respuestas mundiales, regionales y nacionales para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención de salud y reducir el impacto de la epidemia. Si bien fueron los gobiernos quienes apoyaron primeramente la *Declaración de compromiso*, el alcance del documento se extiende más allá del sector gubernamental —hasta las agrupaciones privadas de la industria y el trabajo, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales y otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de las personas que viven con el VIH.

En los términos de la *Declaración de compromiso*, el éxito en la respuesta al SIDA se mide por el logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La *Declaración* propone el seguimiento cuidadoso del avance en la aplicación de los compromisos establecidos y pide que el Secretario General de las Naciones Unidas proporcione cada año informes sobre estos adelantos. Esos informes tienen por objeto identificar problemas y obstáculos, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas de la *Declaración*.

En armonía con estos preceptos, en 2002 la Secretaría del ONUSIDA colaboró con sus copatrocinadores y otros asociados para desarrollar un repertorio de indicadores básicos con miras a medir los adelantos en la aplicación de la *Declaración de compromiso*. Los indicadores básicos se agruparon en cuatro grandes categorías: i) acción y compromiso nacionales; ii) conocimiento y comportamiento nacionales; iii) impacto nacional, y iv) compromiso y acción mundiales. Una vez que los indicadores fueron formulados, la Unidad de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA estableció definiciones claras para cada indicador y mecanismos para obtener información de una manera continua.

En 2003, 103 Estados Miembros presentaron al ONUSIDA informes nacionales elaborados con los indicadores básicos originales. De esos informes, 29 fueron de África subsahariana, 17 de Asia y el Pacífico, 21 de América Latina y el Caribe, 14 de Europa oriental y Asia central, ocho de África del Norte y Oriente Medio y 14 de países de ingresos altos. En la mayor parte de los casos, los comités nacionales del SIDA, o instancias equivalentes,

supervisaron la compilación del informe nacional, y más de 75% incluyeron información suministrada por tres o más ministerios gubernamentales. La sociedad civil participó en la preparación de cerca de dos tercios de los informes y en poco más de la mitad de estos casos participaron personas que viven con el VIH/SIDA.

En la perspectiva mundial, se advirtieron limitaciones importantes en los datos presentados en 2003 para el *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA (Informe mundial sobre los progresos realizados)*, del ONUSIDA. Por ejemplo, mientras que casi todos los países respondieron al cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional, solamente 40% de los que presentaron informes aportaron información relacionada con otros indicadores nacionales. Además, menos del 20% de los datos de nivel nacional presentados se desglosaron por sexo, edad, ubicación, etc., lo que redujo aún más la capacidad de obtener conclusiones válidas de los datos. Asimismo, el nivel de notificación fue desigual entre las regiones, en el sentido de que la mayor proporción de países que respondieron, por región, pertenecía a África subsahariana y el nivel más bajo de notificación correspondió a países de África del Norte y Oriente Medio.

Indicadores básicos

Este documento se concentra en los indicadores de nivel nacional, si bien incluye información esencial sobre los indicadores mundiales. Con el fin de mejorar la calidad de los datos que se presentaron para el *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2006, se perfeccionaron los indicadores nacionales y las directrices complementarias. En este proceso de perfeccionamiento (que se refleja en el presente manual) se considera también la información recibida de múltiples participantes destacados, incluidos los comités nacionales del SIDA o sus equivalentes, organizaciones de la sociedad civil y personas que viven con el VIH/SIDA. Además, las directrices abordan ahora necesidades específicas para el seguimiento en países con epidemia concentrada o de baja prevalencia.

Para los países con epidemia generalizada, los perfeccionamientos incluyen revisiones de orden menor en cuatro indicadores y la adición de cinco indicadores básicos. Se creó un grupo independiente de nueve indicadores básicos, específicamente para los países con epidemia concentrada o de baja prevalencia. Todos los perfeccionamientos son una ampliación de la lista consolidada de indicadores básicos desarrollada en 2002, y se apoyan en muchos de los mismos instrumentos de medición, con el fin de evitar cualquier confusión o complicación (véase la lista completa de indicadores básicos en la página 19).

Indicadores nacionales: panorama general

Los indicadores nacionales son importantes por dos razones. En primer lugar, pueden ayudar a los países a evaluar la eficacia de su respuesta nacional, lo cual refuerza la conveniencia de incluir estos indicadores en marcos de evaluación y seguimiento nacionales. En segundo lugar, al analizar en conjunto los datos de varios países, los indicadores ofrecen información fundamental sobre la eficacia de la respuesta en los niveles regionales y mundial, al tiempo que permiten a cada país vislumbrar los esfuerzos de otras respuestas en el nivel nacional.

Los indicadores de nivel nacional se dividen en tres categorías:

- *Compromiso y acción nacionales.* Estos indicadores se centran en las políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección por el VIH, con el fin de proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas, así como de mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad que el SIDA genera. También miden la producción, la cobertura y los resultados del programa; por ejemplo, la prevención de la transmisión maternoinfantil y el tratamiento con fármacos antirretrovíricos de combinación.
- *Conocimiento y comportamiento nacionales.* Estos indicadores abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento, incluidos el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, la edad de la primera relación sexual, el comportamiento sexual y la asistencia escolar entre los huérfanos.
- *Impacto del programa a nivel nacional.* Estos indicadores se refieren al grado en que las demás actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y su impacto en los adultos y niños que recibieron tratamiento antirretrovírico.

En su mayor parte, los indicadores nacionales son **aplicables** a todos los países. Sin embargo, algunos de ellos pueden no ser pertinentes en algunas naciones porque los datos recopilados podrían mostrar una imagen inexacta de la epidemia del país de que se trate. Por ejemplo, los indicadores del conocimiento y el comportamiento

relacionados con las poblaciones más expuestas son particularmente pertinentes para los países con epidemia concentrada, aunque también aquellos con epidemia generalizada deben reunir datos sobre esos indicadores si tienen una subepidemia concentrada dentro de un grupo específico. Y a la inversa, a los países con una epidemia concentrada se les recomienda reunir datos sobre actividades más amplias, como la educación en aptitudes para la vida, el comportamiento sexual de los jóvenes y los programas en el lugar de trabajo, como mecanismo para rastrear las tendencias que podrían influir en la naturaleza de la respuesta nacional.

Cuatro de los indicadores nacionales son también **Indicadores del Desarrollo del Milenio**. Estos indicadores miden el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son parte de la Declaración del Milenio, un compromiso adoptado por los 189 Estados Miembros de la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2000. Estos cuatro indicadores se relacionan con el conocimiento que tienen los jóvenes acerca del VIH, el uso del preservativo, la asistencia escolar de los huérfanos y el porcentaje de jóvenes que están infectados por el VIH.

Cuatro de los indicadores nacionales contienen un **indicador adicional**, que puede ofrecer importante información complementaria. Por ejemplo, el indicador básico del tratamiento de la infección por el VIH —“el porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que recibe tratamiento antirretrovírico de combinación”— contiene un indicador adicional que mide el “porcentaje de centros de salud con capacidad para proporcionar atención apropiada a las personas que viven con el VIH/SIDA”. Si existen los recursos, se alienta a los países a obtener y analizar los datos de estos otros indicadores, con el fin de entender mejor su respuesta nacional y contribuir al conocimiento mundial de la epidemia. En la mayor parte de los casos se están reuniendo ya datos para uno o más de los indicadores básicos de interés fundamental.

Indicadores nacionales: Epidemia generalizada, concentrada o de baja prevalencia

Desde el *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2003, se formularon nuevos indicadores básicos para comprender mejor la naturaleza y el alcance de la respuesta al VIH y al SIDA a nivel nacional. Además, se han preparado ahora recomendaciones para que se utilicen grupos distintos de indicadores según se trate de países con epidemia generalizada o con epidemia concentrada o de baja prevalencia.

Para los países con epidemia generalizada, se tienen cinco nuevos indicadores básicos (véase el cuadro 1 a continuación). En la página 19 de este manual se ofrece una lista completa de indicadores de nivel nacional referentes a las epidemias generalizadas. (Cabe advertir de que uno de los indicadores nacionales originales —el porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que han adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH— se ha trasladado al grupo de indicadores para los países con epidemia concentrada o de baja prevalencia.)

Cuadro 1

Cinco nuevos indicadores básicos de epidemia generalizada

- Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil.
- Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH.
- Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
- Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados.
- Porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica.

En el caso de los países con epidemia concentrada o baja prevalencia, el grupo de nueve indicadores prioritarios incluye cuatro indicadores de la categoría de compromiso y acción nacionales, cuatro de la categoría de comportamiento y conocimiento y uno de la categoría de impacto (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Nueve indicadores básicos para epidemia concentrada o de baja prevalencia

- Suma de los fondos nacionales desembolsados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos.
- Índice Compuesto de Política Nacional.
- Porcentaje [de la población o poblaciones más expuestas] que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- Porcentaje [de las poblaciones más expuestas] que logran atender los programas de prevención del VIH.
- Porcentaje [de las poblaciones más expuestas] que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.
- Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
- Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina.
- Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que en el último mes han adoptado comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH; es decir, que evitan compartir equipo de inyección y usaron preservativos. (Es aplicable solamente a los países en los que el consumo de drogas intravenosas es una vía reconocida de transmisión del VIH.)
- Porcentaje [de las poblaciones más expuestas] que tiene infección por el VIH.

Nota: El término “poblaciones más expuestas” que se incluye en los indicadores mencionados debe sustituirse por el sector definido de la población que se esté midiendo (por ej., los profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones). En los países en que hay múltiples poblaciones expuestas, los indicadores deben medirse para cada población.

Indicadores mundiales

Los indicadores mundiales tienen por objeto aportar información sobre los niveles de apoyo internacional que se facilita a actores decisivos de la respuesta mundial e identificar tendencias en ese apoyo. Los indicadores miden la financiación proveniente de donaciones para luchar contra el VIH y el SIDA en países de ingresos bajos y medianos, la cuantía de los fondos públicos dedicados a la investigación y el desarrollo de vacunas y microbicidas, así como el porcentaje de las empresas transnacionales y organizaciones internacionales que tienen establecidas políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. A la luz de los requisitos internacionales del proceso de recopilación de datos, el ONUSIDA y sus asociados son responsables de calcular los indicadores mundiales.

Aplicación en el ámbito nacional

En esta sección del manual se abordan los problemas referentes a la recopilación, análisis, interpretación y notificación de datos para los indicadores básicos a nivel nacional. Los países que necesiten mayor información sobre la aplicación deberán solicitar asistencia a sus Grupos Temáticos Ampliados y a los grupos de trabajo de vigilancia y evaluación. La unidad de evaluación de la Secretaría del ONUSIDA está también preparada para brindar apoyo y puede contactarse por correo electrónico en UNGASSindicators@ONUSIDA.org.

Formulación de los indicadores

Este manual contiene directrices detalladas para el desarrollo de cada indicador nacional. Entre ellas figuran el propósito del indicador, su aplicabilidad en un país determinado, la frecuencia con que deben recopilarse los datos pertinentes, los instrumentos de medición recomendados, los métodos de medición recomendados y una interpretación sumaria del indicador. Cuando se sugiere agregar un nuevo indicador que complemente al indicador básico, también se señala como parte de las directrices. Sin embargo, este manual no incluye información detallada sobre los instrumentos de medición ni sobre los métodos de medición e interpretación correspondientes a los indicadores complementarios (véase el apéndice 6, Bibliografía seleccionada).

En la *Declaración de compromiso* se especificaron metas para tres indicadores básicos. Las metas en cuanto al “porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan importantes ideas erróneas sobre la transmisión del VIH” y el “porcentaje de lactantes infectados por el VIH nacidos de mujeres con la infección” son aplicables a todos los países. En la *Declaración de compromiso* se especificaron metas en cuanto a tres indicadores básicos. La meta referida al “porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años infectados por el VIH” es pertinente solamente para los países que tienen epidemias de alta prevalencia en el año 2005 y para todos los países en 2010. Compete a cada país establecer metas para otros indicadores; si así lo deciden, sería útil que explicaran cómo y por qué se fijó una meta en particular, al presentar algún informe sobre esos indicadores.

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición son: (i) encuestas representativas del país aplicadas a muestras de la población general, como las Encuestas Demográficas y de la Salud (EDS y EDS+), las encuestas sobre indicadores múltiples (EIM) y la Encuesta del SIDA; (ii) encuestas en las escuelas, establecimientos de salud y centros de trabajo, y (iii) encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (por ej., las poblaciones más expuestas) y sobre la cobertura de servicios específicos, así como el Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional incluido en este manual. Los recursos de supervisión existentes, como es la revisión de los registros y del programa por parte de instituciones de salud y de escuelas, además de la información específica de actividades de vigilancia y programas de control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, complementarán los instrumentos principales de medición. 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, religiosas y comunitarias, lo que incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las embarazadas.

En la mayor parte de los países es probable que las fuentes existentes no aporten el volumen de datos suficiente para desarrollar los indicadores básicos a nivel nacional, lo que tal vez obligue a adaptar los instrumentos de vigilancia que se tienen o a añadir encuestas específicas. Los países que aplican con regularidad encuestas representativas de la población nacional general, como la Encuesta Demográfica y de Salud, obtendrán datos importantes, incluso información sobre el comportamiento de los jóvenes. En los países en que se realizan encuestas demográficas de otro tipo, como otras con objetivos no relacionados con el VIH/SIDA, éstas pueden adaptarse para que suministren información sobre ciertos indicadores básicos. En los países que obtienen ya la información de escuelas, establecimientos de salud y empleadores, los requisitos necesarios de datos sobre el VIH pueden añadirse al proceso en curso de recopilación de datos.

Cuando los sistemas de vigilancia no aportan **datos** con representatividad nacional acerca de la **cobertura** de los servicios, los países pueden emplear los datos obtenidos de entrevistas a informadores clave. Aunque los datos que se acopian por este medio son menos precisos que los obtenidos por los sistemas de vigilancia, el método puede aplicarse con relativa rapidez y economía. (En el apéndice 4 se brinda información sobre otros métodos para obtener datos sobre la cobertura.)

En el caso de los países con epidemia concentrada o subepidemia en las poblaciones más expuestas —por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones— debe hacerse lo posible para obtener datos sobre cada grupo de riesgo. Como las poblaciones más expuestas suelen ser marginales y muy móviles, es difícil vigilar sus tendencias en comportamiento y prevalencia del VIH, lo que hace necesario un mayor esfuerzo para obtener los importantes datos respectivos. En muchos casos, la colaboración con las organizaciones civiles que trabajan directamente con estas poblaciones será el método más eficaz para recopilar datos. Cabe señalar que las poblaciones más expuestas podrían ser poco visibles o difíciles de alcanzar, de modo que tal vez los países necesitarán emplear métodos y valoraciones especiales para estimar el tamaño total de una población determinada.

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 de nivel nacional se basan en el uso de numeradores y denominadores para calcular los porcentajes que indican el estado actual de la respuesta nacional.

Cuando se utilizan numeradores y denominadores, las directrices incluyen definiciones precisas de cada uno de ellos. Por ejemplo, en el caso del indicador correspondiente a la terapia antirretrovírica de combinación,

el numerador respectivo establece: “El número de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento aprobado en el país”. El denominador correspondiente señala: “Número de personas que viven con infección avanzada por el VIH.” En este manual, cada uno de los numeradores y denominadores proporciona definiciones igualmente detalladas e instrucciones de apoyo que garantizarán que los países comprendan exactamente qué información se necesita para calcular un indicador básico y cómo debe utilizarse.

Por lo general se pide a los países desglosar los datos por numeradores y denominadores. Por ejemplo, el numerador referente al indicador de la terapia antirretrovírica de combinación desglosa la información en varios niveles (véase el cuadro 3).

Para comenzar, los datos se desglosan por sexo. Dentro del renglón sexo, los datos se separan según los pacientes reciban la terapia antirretrovírica en el sector de salud público o en el privado. Luego el numerador se desglosa a su vez en categorías de información de las personas que reciben terapia antirretrovírica, incluidas las categorías sobre la recepción de ésta, su inicio y su interrupción a causa de defunción u otras razones.

Cuadro 3

NUMERADOR: Porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación	Varones			Mujeres			Ambos sexos		
	público	privado	Total	público	privado	Total	público	privado	Total
1. Número de personas que recibían tratamiento antirretrovírico a principios de año									
2. Número de personas que empezaron el tratamiento en los últimos 12 meses									
3. Número de personas que recibían terapia antirretrovírica a principios de año y que murieron en el transcurso del año									
4. Número de personas a quienes se les retiró el tratamiento por otras razones									
5. <i>Número de personas que recibían terapia antirretrovírica de combinación al final del año</i>									
Para calcular la línea 5, se suman las líneas 1 y 2 y de esta suma se restan las líneas 3 y 4.									

El denominador de ese indicador también se calcula a partir de los datos desglosados (véase el cuadro 4). En este caso los datos se subdividen primeramente por sexo y luego por categorías específicas. Aunque los datos del denominador se desglosan menos que los del numerador, el desglose es igualmente importante para la medición completa del indicador.

Cuadro 4

DENOMINADOR: Porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación	Varón	Mujer	Ambos sexos
6. Número de personas (adultos y niños) con infección por el VIH en la población total			
7. Porcentaje de personas que viven con el VIH que se encuentran en una etapa avanzada de la infección			
8. <i>Número de personas que viven con infección por el VIH avanzada.</i>			
Para calcular la línea 8, se multiplica la línea 6 por la 7 y el producto se divide por 100.			

En un indicador dado, es importante que en el período de recopilación de datos se procure la coherencia en toda la información referente a los numeradores y denominadores de ese indicador. Por ejemplo, debe haber constancia en la forma en que se notifiquen los datos año tras año, ya sea por año civil o por ejercicio presupuestario. Si los datos de los numeradores y los denominadores se obtienen en fechas distintas, la precisión y la validez de esa información se verán afectadas. Se exhorta encarecidamente a los países a que presten mucha atención a las fechas que se adscriben a los datos específicos cuando calculen un indicador.

Los métodos que se describen en estas directrices pueden aplicarse también en el plano subnacional. Sin embargo, en la mayoría de los países esta labor requiere datos detallados que se obtendrán con más dificultad y que resultan demasiado costosos y menos factibles de conseguirse en el ámbito local. Además, la metodología normalizada que se aplica en este manual tiene la finalidad de facilitar el desarrollo de estimaciones mundiales a partir de datos del ámbito nacional. Por tanto, para orientar la toma de decisiones a escala nacional quizá resulte más apropiado adoptar enfoques más simples, expeditos y flexibles, acordes a las condiciones locales. Una excepción importante son los países con poblaciones grandes, como China, India, Indonesia y Nigeria, donde la dificultad de obtener datos de alcance nacional señala la conveniencia de utilizar un método subnacional en que se apliquen las directrices del presente manual.

Desglose de los datos

Una de las conclusiones fundamentales del *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2003 fue la importancia de obtener los datos desglosados; por ejemplo, separados por sexo, edad, localización y sector. Como se señaló antes, de los datos suministrados para el informe de 2003, menos de 20% se presentaron desglosados, lo que hace difícil extraer conclusiones válidas de esa información. Más allá de eso, resulta crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en su forma sumaria. 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 ese acceso, la conveniencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

El problema fundamental para el desglose de los datos radica en el proceso de obtener la información. Sin ninguna duda, recabar la información dividida en todos sus componentes exige un mayor esfuerzo. No obstante, es importante señalar que muchos de los datos que se reúnen a nivel subnacional ya están desglosados desde que se recogen la primera vez. Lamentablemente, es frecuente que los datos más detallados se pierdan cuando la información pasa al nivel nacional. Un objetivo interesante para los consejos nacionales del SIDA o equivalentes será verificar que los datos se conserven desglosados y permanezcan así cuando pasen del nivel local al nacional.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados una de las piedras angulares de sus esfuerzos de vigilancia y evaluación. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información de la salud, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para verificar que obtengan los datos desglosados a escala subnacional, incluidos los reglones de infraestructura y proyectos. Además, las organizaciones civiles o del sector privado que participen en la respuesta del país al VIH y SIDA deben entender la importancia de desglosar los datos y el lugar prioritario que corresponde a su recopilación y difusión durante las operaciones que tienen en marcha.

El presente manual incluye los formularios que los países están empleando para notificar lo relativo a cada uno de los indicadores nacionales. Estos formularios identifican claramente el desglose de los datos que se requiere para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador; en la subsección precedente sobre *Numeradores y denominadores* se brinda información adicional sobre estos factores. En los formularios los datos se desglosan en una variedad de características, dependiendo de la especificidad de cada indicador. Las principales son sexo (varón/mujer), edad (<20/20+, <25/25+), tipo de residencia (urbana/rural/nacional) y sector (público o privado).

Cuando los comités nacionales del SIDA o equivalentes no tengan fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos puede extraerse de repertorios más grandes de datos. Aunque la localización de los datos varía de un país a otro, las conversaciones con las naciones que participaron en el *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2003 pusieron a la vista diversos recursos útiles para el manejo de los datos relativos a los indicadores básicos, que pueden resultar aplicables en otros países. En el cuadro 5 se presenta una lista ilustrativa de indicadores referenciados con los datos desglosados pertinentes y sus fuentes.

Los países deben procurar la asistencia técnica del ONUSIDA y de sus asociados a nivel nacional si no tienen la seguridad de poder acceder a los datos desglosados necesarios para llevar correctamente a cabo las mediciones de los indicadores básicos. Se alienta a los gobiernos a que busquen más allá de sus recursos internos de información para obtener y validar la información. En muchos casos las organizaciones civiles pueden proporcionar datos primarios y secundarios útiles.

Cuadro 5

Lista de indicadores, datos desglosados y fuentes de información		
Indicador	Datos desglosados	Fuente de los datos
Escuelas con maestros capacitados en educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico	<ul style="list-style-type: none"> • Escuelas primarias/secundarias/todas • Urbanas/rurales/nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información de la educación (por ej., ministerios de educación, institutos de la juventud) ▪ Repertorios de datos de EDS/EDS+/EIM ▪ Encuestas de objetivo específico
Huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información educativa (por ej., ministerios de educación, institutos de la juventud, ministerios de asistencia social) ▪ Sistemas de información de la salud (por ej., ministerios de salud, a cargo de los establecimientos) ▪ Datos de cobertura de ONG y de otras organizaciones civiles ▪ Encuestas de objetivo específico
Infección de transmisión sexual, prevención de la transmisión materno-infantil e indicadores referentes a los antirretrovíricos	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Sector público o privado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos clínicos de los sistemas de información de salud (por ej., ministerios de salud, a cargo de los establecimientos) ▪ Datos de las ONG y otras organizaciones civiles sobre la prestación de servicios
Indicadores relacionados con el comportamiento, incluidos los jóvenes y las poblaciones más expuestas	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Urbano/rural/nacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repertorios de datos de EDS/EIM ▪ Encuestas de objetivo específico

Interpretación y análisis

Las directrices de este manual incluyen una sección sobre la interpretación de cada uno de los indicadores básicos de nivel nacional. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a obtener y analizar la información para que un indicador determinado les ayude a entender la intención específica de ese indicador y de cualquier problema eventual relacionado. Asimismo, antes de que concluyan su informe nacional, deben reconsiderar los aspectos que se plantean en la sección de interpretación, para confirmar la idoneidad de sus datos para cada indicador.

Muchos de los puntos que se exponen en la sección de interpretación de las directrices tienen por objeto mejorar la precisión y la coherencia de los datos que se presentan al ONUSIDA en los informes nacionales sobre los progresos realizados. Otros puntos de ese apartado proporcionan información adicional sobre el valor de un indicador en particular. Los temas reconocen también las variaciones que pueden ocurrir de un país a otro en problemas tan diversos como la relación de los costos con el ingreso local, las normas de calidad y las diferencias en tratamientos.

Una vez que los países hayan compilado sus informes de progreso, se les pide encarecidamente seguir analizando sus datos como un recurso para entender mejor su respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorar esa respuesta. Los países deben estudiar meticulosamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas contra el VIH y el SIDA, el cambio comprobable de comportamientos y la prevalencia del VIH. Por ejemplo, si un país está aplicando la política de reducir la transmisión materno-infantil del VIH, ¿cuenta también con programas sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Y si estos programas están aplicándose, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente para que tengan impacto en el número de lactantes que nacen infectados por el VIH en ese país?

Existen vínculos de este tipo en todas las facetas de la respuesta de un país determinado, y muchos de los más importantes se reflejan en los indicadores básicos de nivel nacional que se incluyen en este manual. Para analizar con eficacia estas relaciones, los países deben extraer la mayor variedad de datos disponibles, incluida la información cuantitativa y cualitativa de los sectores público y privado. La confianza excesiva en datos de un tipo u origen determinados tiende menos a brindar la perspectiva o las ideas necesarias para entender las vinculaciones e identificar cualquier tendencia que esté surgiendo o ya exista.

Epidemias concentradas o de baja prevalencia

Otra enseñanza importante del *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2003 fue la necesidad de disponer de indicadores que aborden de forma específica la situación en países con epidemia concentrada o de baja prevalencia. Como resultado directo de la retroalimentación de los países participantes, el ONUSIDA ha desarrollado un repertorio de nueve indicadores básicos de la epidemia concentrada o de baja prevalencia, incluida la de fase incipiente.

Estos indicadores básicos se concentran en las poblaciones más expuestas, lo que incluye profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Estas poblaciones son característicamente más vulnerables a la infección por el VIH por dos razones: en primer lugar, incurren en comportamientos de alto riesgo y, en segundo, a menudo están marginados de la sociedad general, lo que reduce su acceso a la información, productos y servicios que podrían reducir su riesgo de infección.

En general, es probable que a los países con epidemia concentrada o de baja prevalencia les resulten aplicables otros indicadores aparte de los nueve básicos. Es probable también que esos países no necesiten informar acerca de todos los indicadores básicos. Por consiguiente, los países con epidemia concentrada o de baja prevalencia deben revisar todos los indicadores a fin de establecer cuáles son aplicables a su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia que se concentre en el grupo de los profesionales del sexo no necesita informar sobre los indicadores básicos relacionados con los consumidores de drogas intravenosas. Sin embargo, sería deseable recomendar a ese país que calcule los indicadores específicos de los trabajadores sexuales, además de indicadores más amplios (por ej., profesores capacitados para impartir enseñanza sobre aptitudes para la vida en relación con el VIH/SIDA; políticas y programas sobre el VIH/SIDA en los lugares de trabajo; diagnóstico, tratamiento y asesoramiento sobre las infecciones de transmisión sexual), que son pertinentes para prevenir y vigilar la propagación del VIH en la población general.

Asimismo, los países con epidemia generalizada deberían revisar los indicadores específicos de epidemias concentradas o de baja prevalencia, para establecer si alguno de ellos es aplicable en su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia generalizada puede también tener una subepidemia concentrada entre los consumidores de drogas intravenosas, de modo que sería útil medir los indicadores que se relacionan con la población más expuesta e informar también sobre ellos.

Función de la sociedad civil

La sociedad civil cumple una función crucial en la respuesta a la epidemia de SIDA en los países de todo el mundo. El amplio alcance de los conocimientos estratégicos y las tácticas con que cuentan las organizaciones civiles, las convierte en asociados ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales de progreso. Específicamente, las organizaciones de la sociedad civil ocupan una posición favorable para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complementa los datos que obtienen los gobiernos.

Pueden brindar una perspectiva útil de los problemas que enumera el Índice Compuesto de Política Nacional. Su posición es propicia también para que participen en el proceso de revisión y análisis de los informes de progreso.

Los comités nacionales del SIDA o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas, sindicatos y organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores básicos a nivel nacional que fundamentan a la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* del UNGASS. Nunca 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 y SIDA; la sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas, que pueden ser de utilidad en la vigilancia y evaluación de la respuesta de un país al SIDA.

Para lograr una relación productiva con la sociedad civil durante la preparación de sus informes sobre los indicadores básicos, los comités nacionales del SIDA, o equivalentes, deben brindar a las organizaciones civiles fácil

acceso a sus planes de recopilación de datos, así como un mecanismo directo para presentar y evaluar la información para el informe nacional de progreso. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a estas organizaciones a participar también en talleres de alcance nacional, para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de notificación del país. Además, debe darse a la sociedad civil de cada país la oportunidad suficiente para revisar y comentar el informe nacional de progreso, antes de que éste se considere terminado y se entregue. Además, el informe que se presente al ONUSIDA debe divulgarse en forma extensa para asegurarse de que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

El personal de ONUSIDA de cada país está preparado para ayudar a facilitar la participación de la sociedad civil durante todo el proceso. En particular, el personal del ONUSIDA de cada país está preparado para informar a las organizaciones civiles 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 directo a las personas que viven con el VIH y con SIDA, y asegurar la distribución de los informes, cuando sea posible en los idiomas nacionales.

El ONUSIDA ha establecido también un proceso paralelo para que la sociedad civil facilite directamente a la sede del ONUSIDA los datos pertinentes a los indicadores básicos. Para el *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2006, el ONUSIDA aceptará informes de la sociedad civil con un enfoque recomendado en las áreas temáticas fundamentales.

Preparación de informes

Los gobiernos nacionales, por conducto de sus consejos nacionales del SIDA (CNS) o equivalentes, son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo del ONUSIDA y sus asociados. Para obtener y calcular la información necesaria para cada indicador deben seguirse los procedimientos mencionados en este manual. Para presentar el informe al ONUSIDA es necesario utilizar el formulario de presentación que se propone (apéndice 5). El informe y los formularios nacionales de devolución cumplimentados (incluidos en la siguiente versión del Sistema de Información para la Respuesta Nacional) deben devolverse a la Secretaría del ONUSIDA en Ginebra antes del 31 de diciembre de 2005.

El informe debe resaltar los logros, así como las limitaciones, además de los planes nacionales futuros encaminados a mejorar el desempeño, particularmente en aspectos en que los datos señalen debilidades de la respuesta del país. El informe debe incluir también una nota explicatoria breve sobre cada indicador que indique cómo se calcularon el numerador y el denominador y que evalúe la precisión de los datos compuestos y desglosados.

Como ya se señaló, y con arreglo a los requisitos de la *Declaración de compromiso*, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y con SIDA, debe participar en la preparación del informe nacional de progreso. Debe darse al sector privado una oportunidad similar de participar en el proceso de preparación de informes. El ONUSIDA recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales organicen un taller y foro donde se presenten y analicen abiertamente los resultados del informe nacional de progreso, antes de su presentación al ONUSIDA; cuando así convenga, el informe final reflejará el análisis de este evento. Los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas y los Grupos Temáticos Ampliados del país están preparados para facilitar este proceso de análisis. Una vez entregados todos los informes nacionales, se harán públicos en el sitio web del ONUSIDA.

En el apéndice 1 se presenta un calendario de presentación de informes para todos los indicadores. En 2006 se prevé que los países informen sobre cada uno de los indicadores nacionales que sean aplicables a su respuesta. A los países con epidemia concentrada o de baja prevalencia se les aconseja consultar con el ONUSIDA para establecer qué indicadores son apropiados para su situación particular.

En los países en que el Sistema de Información para la Respuesta Nacional (SIRN) está funcionando, esta base de datos constituirá el principal sistema de información sobre las respuestas nacionales y almacenará todos los datos obtenidos sobre los indicadores básicos y los complementarios, para respaldar la *Declaración de compromiso*. El sistema proporciona una estructura para la información de nivel nacional en relación con la epidemia, la respuesta y el impacto, lo que incluye información epidemiológica; capacidades de planificación estratégica, capacidades de costo y coordinación; asignaciones de presupuesto a los programas del SIDA y otros flujos de recursos; así como la proporción en que se aplican los proyectos.

Los sistemas locales del SIRN proporcionan al ONUSIDA información que se concentrará y se presentará en el sitio web de la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial, del ONUSIDA, que próximamente se pondrá en funcionamiento. El sitio proporcionará recursos para facilitar la elaboración de los informes y realizar un

análisis más detallado de los datos mundiales producidos por los tres módulos del sistema del SIRN (Indicador, Vigilancia de Recursos del Proyecto y Base de Datos del Inventario de Investigación).

Marco de presentación de datos de nivel nacional

La presentación completa de datos de nivel nacional sobre los indicadores básicos resulta esencial para que el *Informe sobre los progresos realizados en materia de VIH/SIDA* de 2006 contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se exhorta vehementemente a los países a establecer calendarios y fechas clave para concluir las tareas necesarias. Se detalla en seguida un marco de referencia sencillo de las acciones que se requieren en la mayoría de los países para realizar sus informes de nivel nacional. Bajo la dirección del consejo nacional del SIDA o su equivalente, los países deben:

- identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional;
- desarrollar y difundir un plan para la recopilación y análisis de datos y la redacción del informe, que indique fechas y señale las funciones del consejo nacional del SIDA o equivalente, de otras instancias del gobierno y de la sociedad civil;
- identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos;
- asegurar el financiamiento que requiere el proceso entero de obtener, analizar y notificar los datos;
- obtener los datos, lo que incluye la coordinación con organismos asociados del gobierno, de la sociedad civil y de la comunidad internacional;
- analizar los datos, incluida la coordinación con organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil y de la comunidad internacional;
- rellenar los formularios nacionales de devolución apropiados y redactar el informe respectivo;
- permitir que los interesados, incluidas las entidades gubernamentales y civiles, comenten en relación con el proyecto de informe;
- ingresar los datos en el SIRN o sistemas equivalentes de control de datos; y
- presentar los datos e informes al ONUSIDA en Ginebra para el 31 de diciembre de 2005.
- La versión final del informe se presentará en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA a mediados de 2006. Con ese motivo, también en el sitio web del ONUSIDA se publicarán copias de los informes nacionales.

Si bien los comités nacionales del SIDA o equivalentes no tienen participación directa en la facilitación de datos sobre los indicadores mundiales básicos, se aplica un proceso similar para obtener, analizar y presentar los datos, que es administrado directamente por el ONUSIDA y entidades asociadas. Como parte de ese proceso, las organizaciones civiles del nivel nacional están posibilitadas para aportar información directamente al ONUSIDA, incluida la presentación de datos que sean pertinentes a los indicadores básicos y comentarios sobre el proyecto de informe.

Sensibilización basada en los datos

La presentación de informes sobre los indicadores básicos para el *Informe sobre los progresos realizados* y el UNGASS representa una oportunidad para que los países evalúen los esfuerzos de sensibilización que hayan realizado hasta la fecha y, lo que es más importante, definan el programa de esfuerzos futuros de sensibilización en los niveles nacional y mundial. El papel central de la sensibilización en el desarrollo de las políticas, la asignación de recursos y la ejecución del programa en ambos niveles subraya la importancia de la presentación exhaustiva de datos en el nivel nacional, como son los datos y entradas desglosados de las organizaciones de los sectores público y privado que participan en la respuesta al VIH y al SIDA.

La sensibilización es un proceso estratégico encaminado a influir en los cambios políticos, sociales, económicos y culturales necesarios para mejorar la respuesta al VIH y al SIDA. La sensibilización eficaz utiliza datos creíbles para influir en quienes toman las decisiones y en los líderes de opinión y cambiar la situación. Los países que se comprometen a reunir, analizar e informar acerca de los indicadores básicos que se proponen en este manual contarán con datos abundantes útiles para la sensibilización nacional y mundial, lo que incluye respuestas a las preguntas siguientes.

- ¿Cuál es el estado de la epidemia en el país?
- ¿Cuáles son las tendencias fundamentales en la transmisión del VIH y la cobertura de los servicios?

-
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para acceder a la prevención de la infección por el VIH y a los servicios de atención y tratamiento?
 - ¿Cuál es la calidad de los servicios que se proporcionan?
 - ¿Se están proporcionando los servicios de una manera equitativa y eficiente?
 - ¿Qué exagera estos problemas (por ej., los planes, leSí, los recursos, la política, la sociedad, las organizaciones, los individuos)?
 - ¿Quién puede cambiar esta situación (por ej., líderes políticos, burócratas, líderes religiosos y comunitarios, líderes tradicionales, donantes, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales)?
 - ¿Qué hacen actualmente estas personas para atender los problemas?

Si no puede accederse con facilidad a los datos necesarios para los indicadores básicos, será evidente la necesidad de una mayor sensibilización para atender el problema de los propios sistemas de vigilancia y evaluación.

Indicadores básicos para la aplicación de la Declaración de compromiso

Presentación de datos de 2006

Indicador

Calendario de presentación de datos

Método de recopilación de datos

Epidemia generalizada

Compromiso y acción nacionales

Gastos		
1. Cantidad de fondos nacionales otorgados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos	El más apropiado, según la petición y el financiamiento del país	Evaluación del gasto nacional en VIH/SIDA Encuesta sobre flujos de recursos financieros
Estado del desarrollo y la aplicación de políticas		
2. Índice Compuesto de Política Nacional Áreas cubiertas: prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y evaluación Grupos objetivo: personas que viven con el VIH/SIDA, mujeres, jóvenes, huérfanos y las poblaciones más expuestas	Bienal	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
Programas nacionales: educación, políticas en el lugar de trabajo, tratamiento de casos de ITS, seguridad hematológica, cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil, cobertura de la terapia antirretrovírica de combinación, y servicios para los huérfanos y niños vulnerables		
3. Porcentaje de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico	Bienal	Encuesta escolar y revisión del plan de estudios
4. Porcentaje de grandes empresas que tienen establecidas políticas o programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	Bienal	Encuesta en el lugar de trabajo
5. Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados	Bienal	Encuesta en establecimientos de salud
6. Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Bienal	Estimaciones y vigilancia del programa
7. Porcentaje de varones y mujeres con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	Bienal	Estimaciones y vigilancia del programa
8. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
9. Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH	Bienal	Encuesta para la vigilancia especial del programa

Conocimiento y comportamiento

10. ** Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión (Metas: el 90% para 2005, y el 95% para 2010)	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
11. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad		
12. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados		
13. ** Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados		
14. ** Cociente de la asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad		

** Objetivos de Desarrollo del Milenio

NACIONAL

Impacto

15. **Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 de edad que están infectados por el VIH (Metas: reducción del 25% en los países más afectados para 2005; reducción mundial del 25% para 2010)	Anual	Vigilancia centinela del VIH y encuesta demográfica
16. Porcentaje de adultos y niños con el VIH con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica	Bienal	Vigilancia del programa
17. Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas (Meta: reducción del 20% para 2005, y del 50% para 2010)	Bienal	Estimación basada en la cobertura del programa

Epidemia concentrada de baja prevalencia

Compromiso y acción nacionales

Gastos		
1. Cantidad de fondos proporcionados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos	El más apropiado, según la petición y el financiamiento del país	Evaluación del gasto nacional en VIH/SIDA Encuesta sobre flujos de recursos financieros
Estado del desarrollo y aplicación de las políticas		
2. Índice Compuesto de Política Nacional Áreas cubiertas: prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y evaluación Grupos objetivo: Poblaciones más expuestas	Bienal	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
Programas nacionales: programas de análisis y prevención del VIH en las poblaciones más expuestas		
3. Porcentaje (de poblaciones más expuestas) que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Bienal	Encuesta sobre la vigilancia especial del programa
4. Porcentaje (de poblaciones más expuestas) que logran atender los programas de prevención	Bienal	Encuesta sobre la vigilancia especial del programa

Conocimiento y comportamiento

5. Porcentaje (de población más expuesta) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	Bienal	Encuesta especial
6. Porcentaje de trabajadores sexuales femeninos y masculinos que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente		
7. Porcentaje de varones que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual anal con una pareja masculina		
8. Porcentaje de CDI que han adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH, por ej., que evitan compartir material de inyección y utilizan preservativos, en el último mes (para países en que el uso de drogas intravenosas es la vía de transmisión del VIH)		

Impacto

9. Porcentaje (de una población más expuesta) infectado por el VIH	Anual	Vigilancia centinela del VIH
--	-------	------------------------------

Compromiso y acción mundiales

1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (promesas de contribución y desembolsos) asignados a los países de ingresos bajos y medianos	Anual	Encuesta sobre flujos de recursos financieros
2. Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	Anual	Encuesta sobre flujos de recursos financieros
3. Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tienen establecidas políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	Anual	Estudio teórico
4. Porcentaje de organizaciones internacionales que tienen establecidas políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	Anual	Estudio teórico

EPIDEMIA GENERALIZADA

INDICADORES DEL COMPROMISO Y LA ACCIÓN NACIONALES

1. Cantidad de fondos nacionales desembolsados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos
2. Índice Compuesto de Política Nacional
 - Plan estratégico
 - Apoyo político
 - Prevención
 - Atención y apoyo
 - Derechos humanos
 - Participación de la sociedad civil
 - Vigilancia y evaluación

Financiación gubernamental para el VIH/SIDA

Cantidad de fondos nacionales desembolsados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos

En la actualidad se utilizan dos métodos para hacer un seguimiento detallado de los recursos que se destinan a luchar contra el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos; en conjunto, se denominan evaluaciones del gasto nacional (EGN) relativo al VIH/SIDA.

1. Cuentas Nacionales del SIDA en el contexto de las Cuentas Nacionales de Salud.
2. Las Cuentas Nacionales del SIDA por sí solas.

Se han hecho esfuerzos por armonizar las Cuentas Nacionales del SIDA en el contexto de las Cuentas Nacionales de Salud, con las Cuentas Nacionales del SIDA por sí solas. Cualquiera de estos dos métodos brinda información sobre prevención y salud pública, atención y tratamiento, mitigación, infraestructura y gestión.

Otros métodos, como el análisis del presupuesto para la lucha contra el VIH/SIDA, se han limitado a la descripción de presupuestos. Se harán enmiendas para asegurar que los gastos también puedan explicarse. Mientras tanto, es posible que sea una medida representativa útil de los gastos públicos, según se muestra en el cuadro de la página 23.

Se realizan también evaluaciones de los flujos de recursos financieros bajo la dirección del Proyecto de Flujos de Recursos (proyecto conjunto de UNFPA/ONUSIDA/NIDI); sin embargo, se requiere analizarlas con detalle para evaluar su exhaustividad con respecto al VIH/SIDA, ya que el principal interés de esos estudios es la salud reproductiva. Tales informes no podrían basarse en los métodos normalizados, lo que significa que podrían no incluir estimaciones de los gastos públicos que no se identifican claramente en los presupuestos públicos.

En el caso de los países que tienen acceso a bases de datos o información sobre los presupuestos públicos, se requiere una atención cuidadosa para comprobar que los presupuestos se apliquen realmente según los mismos renglones presupuestarios que describía el presupuesto original. Asimismo, resulta esencial lograr que se incluyan gastos que tradicionalmente no constituyen renglones presupuestarios explícitos (por ej., si bien el tratamiento de las infecciones oportunistas no es un apartado específico del presupuesto, por lo general se financia con recursos públicos que el presupuesto del hospital incluye).

Los países que no han desarrollado alguno de los instrumentos mencionados (EGN, análisis del presupuesto para el SIDA o estudios especiales de los flujos de recursos financieros) pueden proporcionar la información sobre este indicador a partir de los presupuestos públicos aplicados. Sin embargo, también en este caso es necesario que esa información se complemente con el gasto que generan otras actividades que no se incluyen explícitamente como renglones del presupuesto. En algunos países, la mayor parte de los gastos podrían corresponder a los establecimientos de salud y no estar claramente categorizados como gastos relativos al VIH/SIDA; por ejemplo, el tratamiento de infecciones oportunistas en hospitales públicos, etc. Para poder incluir esos gastos públicos en el indicador, la única opción es calcular el costo del suministro de estos servicios e identificar el origen del financiamiento a fin de distinguir entre los gastos públicos y los privados.

También es importante incluir en los gastos públicos totales los costos pertinentes al gasto público en áreas distintas de la salud derivados de los presupuestos de ministerios diferentes. Este indicador no debe limitarse a los datos de la comisión nacional del SIDA o del programa nacional del SIDA dentro del Ministerio de Salud.

Descripción de los instrumentos utilizados en las Evaluaciones del Gasto Nacional relativo al VIH/SIDA

Cuentas Nacionales del SIDA¹

OBJETIVO	Criterio integral para el seguimiento del gasto relativo al VIH/SIDA en todos los sectores
FRECUENCIA	La más apropiada, según la petición del país
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Estudio teórico
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Análisis de las fuentes primarias y secundarias de donantes, entidades públicas y privadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entidades gubernamentales pertinentes. 2. Empleadores. 3. Familias que viven con el VIH/SIDA (encuesta independiente a familias; o entre proveedores de servicios y pacientes). 4. Organizaciones no gubernamentales. 5. Donantes. 6. Compañías de seguros. 7. Proveedores de servicios relacionados con el VIH y el SIDA, incluidos hospitales, dispensarios, consultorios, farmacias y curanderos tradicionales. <p>A. Gastos de salud relativos al VIH/SIDA — los gastos en esas actividades que están destinados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. primordialmente a influir en el estado de salud de las personas que viven con el VIH y el SIDA en un período determinado; y 2. a impedir la propagación del VIH, que pueden dirigirse a la población general (por ej., los receptores de los programas de distribución de preservativos para contener la propagación del VIH). <p>B. Gastos directos de atención de salud — <i>gastos asociados primordial o totalmente con la atención de salud</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de prevención del VIH. 2. Servicios de diagnóstico y tratamiento para el control de los casos de VIH. 3. Gestión de los servicios relacionados con el VIH y el SIDA. 4. Actividades de atención y apoyo <p>C. Gastos relacionados con la atención de salud — <i>desembolsos que contribuyen a la salud, pero que no son de tipo médico o se interrelacionan con otras disciplinas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitigación. 2. Capacitación y respaldo. 3. Creación de capital para las instituciones proveedoras. <p>D. Gastos no relacionados con la atención de salud — <i>el resto de los gastos relacionados con el VIH/SIDA en sectores que no son el de salud</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación y sectores sociales. 2. Huérfanos y niños vulnerables. 3. Beneficios en especie o monetarios para las personas que viven con el VIH.

¹ Cuentas Nacionales del SIDA, puestas en marcha por la iniciativa regional de América Latina y el Caribe sobre el SIDA, y Cuentas Nacionales del SIDA en el contexto de las Cuentas Nacionales de Salud puestas en marcha por *PHRPlus/Abt Associates*

INTERPRETACIÓN

La metodología:

- permite la comparación de datos interpaíses, regional e internacional;
- identifica cómo se movilizan los recursos dentro de un país:
 - a. ¿Quién paga?
 - b. ¿Quién financia?
 - c. ¿Con qué planes?
- identifica cómo se gestionan los recursos dentro de un país;
- identifica quién presta servicios sobre el VIH/SIDA y quién se beneficia de ellos;
- mide la adicionalidad; y
- facilita la posibilidad de efectuar análisis de los beneficiarios.

Análisis del presupuesto para luchar contra el VIH/SIDA²

OBJETIVO

1. Rastrear las asignaciones nacionales del presupuesto a la lucha contra el VIH/SIDA y analizar el presupuesto en la perspectiva del VIH/SIDA.
2. Comparar la financiación gubernamental y las donaciones para las actividades relacionadas con el VIH/SIDA.
3. Utilizar las asignaciones del presupuesto público como indicadores de los logros, o de las violaciones, en el área de los derechos humanos.

FRECUENCIA

La más apropiada, según la petición del país

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

1. Revisión de las publicaciones.
2. Documentos presupuestarios oficiales (marcos del gasto a mediano plazo, registros de gastos).
3. Entrevistas directas con funcionarios clave y otros interesados.

TERMINOLOGÍA UTILIZADA Asignación presupuestaria a la salud y al VIH/SIDA.

LIMITACIONES

1. Falta de disponibilidad de la documentación del presupuesto y poco acceso a ella, así como desglose insuficiente.
2. Variación en los sistemas presupuestarios y contables —comparabilidad debilitada.
3. Falta de una base de datos central de la financiación de donantes.
4. Dificultad para asegurar la calidad y validez de los datos de los informes nacionales, especialmente si los realizan organizaciones civiles no académicas.
5. Incapacidad de medir las asignaciones frente a los gastos reales, egresos acordes a los indicadores del programa e impacto del desembolso.

INTERPRETACIÓN

La metodología:

- desarrolla un marco de referencia común para rastrear las asignaciones y el gasto relativos al VIH/SIDA en el presupuesto nacional;
- ofrece una indicación de los logros en las cuestiones de derechos humanos en cuanto a equidad y eficiencia en la asignación de recursos, si se basan en la necesidad;
- indica la jerarquización de las intervenciones, y
- proporciona y reseña las recomendaciones a quienes dictan las políticas en términos de la eficacia y la eficiencia de los mecanismos de presupuesto y financiamiento para la respuesta de los gobiernos al VIH/SIDA.

² Puesto en marcha por el Instituto para la Democracia de Sudáfrica en algunos países de África subsahariana.

Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA

Índice Compuesto de Política Nacional

OBJETIVO	Evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de políticas y estrategias sobre el VIH/SIDA a nivel nacional
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Cuestionario de evaluación de país (véase apéndice 3)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>El índice compuesto abarca las siguientes cuatro grandes áreas de las políticas:</p> <p>Parte A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan estratégico. 2. Apoyo político. 3. Prevención. 4. Atención y apoyo. 5. Vigilancia y evaluación. <p>Parte B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos humanos. 2. Participación de la sociedad civil. 3. Prevención. 4. Atención y apoyo. <p>Cuando corresponda, la puntuación de un indicador específico de política debe evaluarse con referencia a las normas y criterios proporcionados (véase apéndice 3).</p>
INTERPRETACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • En su versión revisada, el Índice Compuesto de Política Nacional pretende evaluar el desarrollo y la eficacia a partir de elementos de la Encuesta de Esfuerzo del Programa del SIDA, aplicada en determinados países por el Proyecto de Políticas.

PROGRAMAS NACIONALES:

Educación, políticas en el lugar de trabajo, tratamiento de casos de infección de transmisión sexual, seguridad hematológica, cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil, cobertura de la terapia antirretrovírica de combinación y servicios para huérfanos y niños vulnerables

3. Porcentaje de escuelas con maestros capacitados en la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico.
4. Porcentaje de grandes empresas que disponen de políticas o programas para luchar contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
5. Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados.
6. Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.
7. Porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico de combinación.
8. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil.
9. Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH.

Educación escolar sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida

La educación basada en aptitudes para la vida es un método eficaz e instructivo, consistente en ejercicios de participación, que enseña a los jóvenes formas de comportamiento que les ayudan a enfrentar las dificultades y exigencias de la vida diaria. Puede incluir aptitudes para la adopción de decisiones y la resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, toma de conciencia, comunicación y relaciones interpersonales. También puede enseñar a los jóvenes a hacer frente a sus emociones y a las causas de estrés. Cuando se adapta específicamente para la instrucción relacionada con el VIH/SIDA en las escuelas, el método de aptitudes para la vida ayuda a los jóvenes a entender y evaluar los factores individuales, sociales y ambientales que aumentan y disminuyen el riesgo de transmisión del VIH. Bien aplicado, puede tener un impacto positivo en el comportamiento, incluido el aplazamiento de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales.

Porcentaje de escuelas con maestros capacitados en la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia la aplicación de la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>A los directores y responsables de una muestra nacionalmente representativa de escuelas (tanto públicas como privadas) se les informa del significado de la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida, y luego se les formulan las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene su escuela por lo menos un maestro cualificado que haya recibido formación en educación participativa sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida en los últimos cinco años? 2. Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa: ¿Ha impartido esa persona educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida de modo regular en cada grado de su escuela a lo largo del último año académico? <p>La formación del maestro tiene que haber incluido un tiempo dedicado a dominar la facilitación de experiencias de aprendizaje participativas que apuntan a desarrollar los conocimientos, las actitudes positivas y las aptitudes (por ej., aptitudes para la comunicación interpersonal, la negociación, la toma de decisiones y el pensamiento crítico, y estrategias para protegerse) que ayudan a los jóvenes a mantener modos de vida sanos. Siempre que sea posible, la formación del maestro deberá haberse realizado de acuerdo con las directrices más recientes del UNICEF (http://www.unicef.org/programme/lifeskills).</p> <p>Se necesitan al menos 30 horas de clase por año y curso para que la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida se clasifique como “típica” a efectos del cálculo de este indicador. Sin embargo, los países pueden ajustar este número de acuerdo con los contextos locales.</p>

Numerador: Número de escuelas con maestros formados en la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida y que la impartan de forma habitual.

Denominador: Número de escuelas entrevistadas.

Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de escuelas y de las escuelas primarias y secundarias por separado, de acuerdo con su categoría privada o pública y su entorno urbano o rural. Las escuelas de la iglesia deben considerarse como escuelas particulares para este efecto. Si la escuela proporciona la educación primaria y secundaria, la información se debe obtener y presentar por separado para ambos niveles de educación.

INTERPRETACIÓN

- Es importante que la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida se inicie en los primeros cursos de la escuela primaria y que se prosiga a lo largo de la escolarización, con contenidos y métodos adaptados a la edad y la experiencia de los estudiantes. En las escuelas donde se proporcione enseñanza primaria y secundaria, debería formarse al menos a un maestro para impartir educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida en cada uno de esos niveles.
- El indicador proporciona información útil sobre las tendencias de la cobertura de la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida en las escuelas. Sin embargo, al interpretar este indicador (o realizar comparaciones entre países) hay que tener en cuenta las importantes variaciones que existen en los niveles de escolarización en el interior y entre los países. Por consiguiente, la información de apoyo que se brinde para este indicador deberá incluir las tasas de escolarización en los niveles de enseñanza primaria y secundaria correspondientes al año académico más reciente.
- Las estrategias complementarias dirigidas a las necesidades de los jóvenes no escolarizados serán particularmente importantes en los países en que las tasas de escolarización son bajas.
- El indicador es una medida de la cobertura. La calidad de la enseñanza proporcionada también puede diferir entre países y a lo largo del tiempo.

INDICADOR ADICIONAL

Porcentaje de escuelas primarias y secundarias en las que se imparte educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida

APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios

Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Los trabajadores del sector formal son de importancia crucial en los esfuerzos de desarrollo de los países de ingresos bajos. La productividad de las empresas se ve socavada por la epidemia de VIH/SIDA a causa de los efectos perjudiciales de las altas cifras de morbilidad y mortalidad en el rendimiento, el absentismo y el movimiento del personal, la escasez de personal calificado y la baja moral de la fuerza de trabajo. Con frecuencia, los trabajadores tienen gran número de parientes dependientes. Los trabajadores varones, sobre todo, corren a menudo el riesgo de contraer y transmitir el VIH, en especial donde es común la migración laboral. Las personas infectadas pueden sufrir también estigma y discriminación en el lugar de trabajo. Sin embargo, este entorno es a menudo muy conveniente y propicio para las actividades de control del VIH, y las intervenciones basadas en el lugar de trabajo han demostrado eficacia.

Porcentaje de grandes empresas que disponen de políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

OBJETIVO	Evaluar el avance realizado en la aplicación de políticas y programas en el lugar de trabajo para la lucha contra el VIH/SIDA
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta de una muestra representativa de empleadores importantes en los sectores público y privado. Los empleadores del sector público deberían incluir por lo menos a los ministerios de transporte, trabajo, turismo, educación y salud. Los empleadores del sector privado deberían escogerse según el volumen de su fuerza de trabajo.
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pregunta a los empleadores si aplican actualmente políticas y procedimientos que cubran, como mínimo, todos los aspectos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención del estigma y la discriminación basados en el estado de infección respecto al VIH en: a) la contratación y promoción de personal, y b) el empleo y las prestaciones por enfermedad y cese. 2. Actividades de prevención, control y atención del VIH/SIDA en el lugar de trabajo que cubran: a) los hechos básicos sobre el VIH/SIDA; b) los riesgos y salvaguardas de la transmisión del VIH específicamente relacionada con el trabajo; c) la promoción del preservativo; d) el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV); e) el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), y f) el suministro de fármacos relacionados con el VIH/SIDA. <p>Numerador: Número de empleadores con políticas y programas sobre el VIH/SIDA que satisfacen todos los criterios mencionados.</p> <p>Denominador: Número de empleadores cuyas políticas y programas se examinan.</p> <p>Siempre que sea posible, deben obtenerse y evaluarse copias escritas de las políticas y normas de personal.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de empleadores y del sector privado y público por separado.</p> <p>Deben proporcionarse también las estimaciones del total de varones y mujeres del sector formal de los trabajadores en la información de apoyo proporcionada para este indicador.</p>

INTERPRETACIÓN

- Las personas empleadas en pequeñas empresas y en el sector informal constituyen a menudo una proporción significativa de la fuerza laboral, pero es menos probable llegar a ellas por medio de programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. No obstante, las tendencias de este indicador proporcionarán una guía útil para lograr mejoras constantes en la cobertura nacional.
- El indicador es útil incluso en países en los que la prevalencia del VIH es baja, porque una intervención temprana sobre la prevención del VIH en la educación de los trabajadores contribuye en gran medida a evitar las graves consecuencias económicas y sociales del VIH/SIDA.

Infecciones de transmisión sexual: tratamiento integral de casos

El riesgo de transmisión del VIH se ve incrementado considerablemente cuando uno o los dos componentes de la pareja en una relación sexual tiene otra infección de transmisión sexual. Por ello, la disponibilidad y utilización de servicios para tratar y contener la propagación de las ITS puede reducir la tasa de transmisión del VIH en una población determinada. Una de las piedras angulares del control de las ITS es el tratamiento integral de casos de pacientes con ITS sintomáticas.

Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la instrumentación universal del diagnóstico, tratamiento y asesoramiento eficaces de las infecciones de transmisión sexual.
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta de establecimientos de salud; basada en <i>Programas nacionales del SIDA: Guía para la vigilancia y evaluación</i> , de ONUSIDA/MEASURE (2000).
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Los datos se recogen en observaciones de la interacción entre proveedor y cliente en una muestra de centros de atención de salud con servicio para las ITS. Véase: <i>Evaluation of a National AIDS Programme: A methods package</i>, ONUSIDA/OMS (1994), para conocer en detalle la forma de seleccionar la muestra. Se evalúa a los proveedores en cuanto a su capacidad para el interrogatorio clínico, el examen, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, además de un asesoramiento eficaz, incluidas las recomendaciones sobre la notificación a la pareja, el uso del preservativo y las pruebas del VIH.</p> <p>Los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y asesoramiento “apropiados”, en cualquier país, son los que se especifican en las directrices nacionales para los servicios que atienden casos de ITS.</p> <p>Se define como “establecimiento de (atención de) salud” todo aquel establecimiento (es decir, incluidos los de los sectores público, privado y de la iglesia) donde prestan servicios de atención de salud una o más personas con capacitación médica.</p> <p>Numerador: Número de pacientes con ITS en quienes se han seguido procedimientos correctos en: a) obtención del historial; b) examen; c) diagnóstico y tratamiento, y d) asesoramiento eficaz sobre notificación a la pareja, uso del preservativo y pruebas del VIH.</p> <p>Denominador: Número de pacientes con ITS en quienes se observaron las interacciones entre proveedor y cliente.</p> <p>Las puntuaciones de los indicadores deben presentarse separadas por varones y mujeres y por pacientes menores y mayores de 20 años de edad.</p> <p>Además de la puntuación general del indicador, deben notificarse las de cada uno de sus componentes (es decir, realización del interrogatorio clínico, examen, diagnóstico y tratamiento, y asesoramiento).</p>

INTERPRETACIÓN

- Este indicador compuesto refleja la capacidad de los dispensadores de servicios de salud para la identificación y tratamiento de las ITS, la disponibilidad de equipo, fármacos y materiales necesarios, y la facilitación de asesoramiento apropiado a los pacientes.
- El indicador refleja la calidad de los servicios proporcionados, pero no su costo ni su accesibilidad.
- La atención “apropiada” normal sobre la que se basa el indicador puede variar entre países (o a lo largo del tiempo). Actualmente, el tratamiento sintomático se considera el método más práctico en los países de alta prevalencia y bajos ingresos, porque implica menos dificultades en el diagnóstico.

Prevención de la transmisión maternoinfantil: profilaxis antirretrovírica

Cuando no se realizan intervenciones preventivas, los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH y amamantados por ellas tienen una probabilidad aproximada de uno de cada tres de contraer la infección. La transmisión puede ocurrir durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto propiamente dicho, o después del parto a través de la lactancia materna. El riesgo de TMI puede reducirse con enfoques complementarios de profilaxis antirretrovírica para la madre, con o sin profilaxis para el lactante, la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de sustitutos inocuos de la alimentación al pecho. La profilaxis antirretrovírica seguida de amamantamiento exclusivo también puede reducir el riesgo de transmisión vertical cuando esta forma de alimentación se limita a los primeros seis meses de vida.

Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la prevención de la transmisión vertical del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Vigilancia del programa y estimaciones
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>El número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH a las que se proporcionó profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de TMI en los últimos 12 meses se obtiene a partir de los registros de vigilancia del programa. Sólo deben incluirse las mujeres que realizaron el tratamiento completo.</p> <p>Para calcular el número de embarazadas infectadas por el VIH a las que pudo haberse suministrado profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de TMI se multiplica el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses (datos de la Oficina Central de Estadística) por la tasa nacional más reciente de prevalencia del VIH en embarazadas (datos de los dispensarios prenatales de vigilancia centinela del VIH).</p> <p>Numerador: Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de TMI de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o con los criterios de la OMS/ONUSIDA) en los últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: Número estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH.</p> <p>La decisión de incluir o no a las mujeres que recibieron tratamiento en los dispensarios del sector privado o de las ONG en el cálculo del indicador se deja a la discreción del país en cuestión. Sin embargo, la decisión tomada debe mencionarse y aplicarse de modo coherente en el cálculo del numerador y el denominador. No obstante, la decisión tomada debe mencionarse y aplicarse de modo coherente en el cálculo del numerador y el denominador. Las clínicas del sector privado y de las ONG que dispensan recetas de antirretrovíricos pero dan por sentado que las personas enfermas comprarán esos fármacos en otro lugar no se incluyen en este indicador, por más que dichos dispensarios sean importantes prestadores de servicios para la reducción de la TMI.</p>

La definición de “ciclo completo” de profilaxis antirretrovírica dependerá de la política del país respecto a la aplicación de este tipo de profilaxis para reducir el riesgo de TMI, y puede incluir o no una dosis para los recién nacidos. Deben notificarse los detalles de la definición utilizada.

Deberán facilitarse por separado las estimaciones del número de mujeres embarazadas a las que se ha proporcionado profilaxis antirretrovírica en los dispensarios del sector público y privado.

INTERPRETACIÓN

- En muchos países, la estimación de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas utilizada en el cálculo de este indicador se basará en los datos de vigilancia del VIH de los centros de atención prenatal (CAP). En algunos de esos países, un gran número de embarazadas no tiene acceso a los servicios de los CAP o decide no hacer uso de ellos. Las mujeres con el VIH pueden ser más o menos proclives a utilizar los servicios de los CAP (o los servicios de los CAP públicos más que los privados) que las no infectadas; en particular, donde puede accederse a profilaxis antirretrovírica a través de esos servicios. En tales circunstancias, este indicador debería interpretarse con referencia a estimaciones recientes de utilización de los servicios de los CAP nacionales.
- Probablemente estarán disponibles el asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y la profilaxis antirretrovírica para reducir la TMI, pero, en última instancia, depende de cada mujer la decisión de hacer o no uso de ellos. Por ello, la puntuación de un país en este indicador reflejará el grado de interés por esos servicios (lo cual depende en parte de la manera en que se promocionan), además de su grado de accesibilidad.
- Los países aplicarán diferentes definiciones de lo que constituye un “ciclo completo” de profilaxis antirretrovírica. Por ello, las comparaciones entre países pueden no ser enteramente válidas y deberán interpretarse con referencia a los detalles de las diferentes definiciones utilizadas en cada caso.
- Este indicador no mide la observancia del tratamiento antirretrovírico, porque no es posible vigilar el cumplimiento de las medicaciones si no se realiza una supervisión directa.

Tratamiento contra el VIH: terapia antirretrovírica de combinación

A medida que avanza la pandemia de VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretrovírica de combinación ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad entre los infectados, y se están haciendo esfuerzos por hacerla económicamente accesible incluso en los países menos desarrollados. La terapia antirretrovírica de combinación debe proporcionarse conjuntamente con servicios de atención y apoyo más amplios, incluido el asesoramiento a los cuidadores familiares.

Porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica de combinación a todas las personas que viven con infección por el VIH avanzada
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Vigilancia del programa
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>El número de personas (es decir, adultos y niños) con infección por el VIH avanzada que actualmente reciben terapia antirretrovírica de combinación puede calcularse como sigue:</p> <p>Numerador: Número de personas que viven con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o con los criterios de la OMS/ONUSIDA).</p> <p>Número de personas que reciben tratamiento al principio del año, más Número de personas que empezaron el tratamiento en los últimos 12 meses, menos Número de personas en quienes se interrumpió el tratamiento en los últimos 12 meses (incluidas las que han fallecido).</p> <p>Denominador: Número de personas que viven con infección por el VIH avanzada (es decir, las que necesitan terapia antirretrovírica de combinación).</p> <p>Para calcular el número de adultos que requieren terapia antirretrovírica de combinación, se suma el número de adultos que la requieren de novo, al número de las que estuvieron en tratamiento <i>el año</i> anterior y sobrevivieron hasta el año actual.</p> <p>El número de adultos con necesidad reciente de terapia antirretrovírica de combinación se estima como el número de aquellos que, habiendo desarrollado enfermedad avanzada por el VIH, aún no están en tratamiento. Dada la posibilidad de que algunos de los adultos en quienes se proyectaba el desarrollo de enfermedad avanzada por el VIH hubieran comenzado el tratamiento el año anterior, las personas de esta categoría se descontaron del número de aquellas con necesidad reciente de terapia antirretrovírica de combinación. Actualmente se calcula que entre el 80% y el 90% de los adultos en tratamiento sobrevivirán hasta el año siguiente, dependiendo de su observancia del tratamiento, de las pautas de resistencia, de la calidad del control clínico y de otros factores.</p>

El denominador se obtiene estimando el número de personas que viven con infección por el VIH avanzada que requiere terapia antirretrovírica de combinación, con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela. El suministro de antirretrovíricos por parte del sector privado debe incluirse en el cálculo del indicador siempre que sea posible, y la proporción de dicho suministro se registra por separado.

Deben mencionarse las fechas de inicio y fin del periodo durante el cual se suministra la terapia antirretrovírica de combinación. Debe evitarse en lo posible el traslapo entre periodos de notificación.

INTERPRETACIÓN

- El indicador permite vigilar las tendencias en la cobertura, pero no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretrovírica, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Dichas formas variarán dentro de los países y entre ellos, y es probable que cambien en el curso del tiempo.
- La proporción de personas que viven con fases avanzadas de la infección por el VIH variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretrovírica entre adultos y niños.
- La dinámica de la prevalencia altera la precisión de la estimación de la población elegible. Las estimaciones cambiantes de la prevalencia no se reflejan en la prevalencia actual, lo cual influye específicamente en el denominador.
- El grado de utilización de la terapia antirretrovírica dependerá del costo con respecto a los ingresos locales, la infraestructura y calidad de los servicios suministrados, la disponibilidad y utilización de los servicios de APV, las percepciones de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento, etc.
- En este indicador no se incluyen la terapia antirretrovírica preventiva orientada a la prevención de la TMI, ni la profilaxis posterior a la exposición.

INDICADOR ADICIONAL

Porcentaje de establecimientos de salud con capacidad para suministrar la atención apropiada a las personas que viven con el VIH y con SIDA

APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta de establecimientos de salud; basada en <i>Programas nacionales del SIDA: Guía para la vigilancia y evaluación</i> , ONUSIDA/MEASURE (2000).

Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA

Puesto que el número de huérfanos y niños vulnerables sigue aumentando, es necesario asegurar el apoyo adecuado a las familias y comunidades. En la práctica, la atención y apoyo a los niños huérfanos provienen de las familias y de las comunidades. Como cimientos de ese apoyo, es importante que las familias tengan conexión con el apoyo adicional de fuentes externas.

Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

OBJETIVO	Evaluar el avance en el suministro de apoyo a las familias que están cuidando a los huérfanos y niños vulnerables
APLICABILIDAD	Países con alta prevalencia del VIH
FRECUENCIA	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (EDS, EIM)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>A los jefes de familia se les hacen las cuatro preguntas siguientes acerca de los tipos y frecuencia del apoyo recibido, así como del origen primario de la ayuda para cada niño huérfano y vulnerable.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha recibido esta familia apoyo médico, incluidos atención médica o suministros médicos, en los últimos 12 meses? 2. ¿Ha recibido esta familia ayuda basada en la escuela, incluidos gastos de matrícula, en los últimos 12 meses? 3. ¿Ha recibido esta familia apoyo emocional o psicológico, incluidos asesoramiento de un profesional o ayuda o apoyo emocional o espiritual, en los últimos tres meses? 4. ¿Ha recibido esta familia otras formas de apoyo social, incluido apoyo socioeconómico (por ej., ropa, alimento suplementario, apoyo económico, vivienda) o instrumental (por ej., ayuda con el trabajo de la casa, capacitación para cuidadores, guardería, servicios jurídicos) en los últimos tres meses? <p>Numerador: Número de huérfanos y niños vulnerables que viven con familias que contestaron <i>afirmativamente</i> a por lo menos una de las preguntas 1, 2, 3 y 4.</p> <p>Denominador: Total de niños huérfanos y vulnerables.</p>

INTERPRETACIÓN

- Como apoyo externo se entiende la ayuda gratuita que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de la comunidad.
- Este indicador debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia del VIH.
- Este indicador no mide las necesidades de la familia ni de los huérfanos y niños vulnerables. Podrían agregarse preguntas para medir las necesidades que expresan las familias que tienen a cargo a los huérfanos. Este indicador lleva implícita la idea de que todas las familias con huérfanos y niños vulnerables necesitan apoyo externo: algunas de ellos necesitan más que otras el apoyo externo. Por tanto, es importante desglosar la información en otros indicadores de vulnerabilidad, como el estado socioeconómico de la familia, grado de dependencia, jefes de familia, etc.
- Si el tamaño de las muestras lo permite, los datos deben tabularse distinguiendo entre huérfanos y otros niños vulnerables. También deben desglosarse por edad y por tiempo de orfandad, factores ambos fundamentales para establecer el tipo de apoyo que se necesita. Por ejemplo, un huérfano cuya madre o padre murieron hace 10 años necesitará un tipo de apoyo distinto del de aquel cuya madre o padre murieron el año pasado.

Seguridad hematológica

Los programas de seguridad hematológica tienen por objeto lograr que la gran mayoría (idealmente el 100%) de las unidades de sangre se analicen para detectar el VIH y que las unidades que se incorporen en el suministro nacional de sangre no estén infectadas. En muchos países las unidades de sangre no se someten a estos análisis de detección y, en caso de realizarse, a menudo lo son por personal sin la capacitación necesaria o con equipo obsoleto o suministros insuficientes, lo que puede ocasionar que se clasifiquen como seguras unidades de sangre que están infectadas.

Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH

OBJETIVO	Evaluar el avance en el análisis sistemático para la detección (“cribado”) del VIH en las unidades de sangre
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Protocolo de MEASURE para la evaluación de la seguridad hematológica
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Para elaborar este indicador se necesitan tres elementos de información: el número de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses, el número de unidades de sangre que se analizaron para detectar el VIH en los últimos 12 meses y, entre las unidades evaluadas, el número que se analizó con arreglo a las normas de la OMS o nacionales.</p> <p>El número de unidades de sangre transfundidas y el número de las que se analizan para detectar el VIH deben estar disponibles en los sistemas nacionales de información sanitaria. La calidad del análisis puede evaluarse en un estudio especial en que se repite el análisis de una muestra de sangre ya examinada. Cuando este método no sea factible, los datos sobre el porcentaje de instalaciones con buenos sistemas de detección y registros de transfusión, y sin carencia de estuches de análisis, pueden utilizarse para estimar adecuadamente la sangre analizada para efectos de este indicador.</p> <p>Numerador: Número de unidades de sangre que se analizaron para la detección del VIH en los últimos 12 meses, con arreglo a las normas de la OMS o nacionales.</p> <p>Denominador: Número de unidades de sangre transfundidas en los últimos 12 meses.</p>

INTERPRETACIÓN

- Cuando los sistemas de salud están descentralizados, o cuando el sector privado –incluidos los hospitales y dispensarios– participa en el cribado y almacenamiento de la sangre, puede ser difícil obtener la suficiente información exacta para formular un indicador sólido de alcance nacional. En este caso, probablemente será necesario elegir hospitales y laboratorios centinela en los sectores público y privado para realizar sondeos, a nivel de establecimiento, sobre la transfusión de sangre y la calidad de los análisis de detección.
- Las normas nacionales para la detección en sangre pueden diferir entre países. Si las normas están por debajo de las publicadas por la OMS, resulta esencial que el informe sobre este indicador incluya los pormenores de las normas nacionales.

CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

10. **Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus (Metas: el 90% para 2005 y el 95% para 2010).
11. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
12. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados.
13. ** Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados.
14. ** Razón de la asistencia escolar actual huérfanos versus no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Las epidemias de VIH se perpetúan primordialmente a través de la transmisión sexual de la infección a generaciones sucesivas de jóvenes. Un conocimiento sólido acerca del VIH y el SIDA es un prerequisite esencial —aunque a menudo es condición insuficiente— para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH.

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
OBJETIVOS	2005: 90% 2010: 95%
FRECUENCIA	De preferencia, bienal Mínima: cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica, como EDS, EIM, EVC (sección jóvenes)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede tener el VIH una persona de aspecto saludable? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que contestaron correctamente a las cinco preguntas.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que respondieron (incluido “no lo sé”) a todas las preguntas.</p> <p>Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/SIDA deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todos los entrevistados de 15 a 24 años de edad, así como de varones y mujeres, por separado, de acuerdo en cada caso con su residencia urbana o rural.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p>

INTERPRETACIÓN

- La creencia de que una persona de aspecto sano no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas.
- 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 SIDA.
- Este indicador es particularmente útil en países en que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA son escasos, porque facilita la medición de las mejoras constantes a través del tiempo. Sin embargo, es importante también en otros países, porque puede ayudar a lograr que se conserven los niveles altos de conocimiento donde ya existen.

Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Un objetivo importante de muchos países es incrementar la edad a la que los jóvenes tienen su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual premarital, con el fin de reducir su riesgo de exposición al VIH. Hay pruebas también de que al posponer la primera relación sexual se reduce el riesgo de infecciones por cada acto sexual, al menos en las mujeres.

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad

OBJETIVO	Evaluar el avance en cuanto a incrementar la edad a la que los varones y mujeres de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica; por ejemplo, EDS, EIM, EVC (sección jóvenes)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>En encuestas de familias o especiales, centradas en los jóvenes, se pregunta a todos los entrevistados si han tenido o no una relación sexual con penetración y, si corresponde, que recuerden la edad de su primera relación sexual.</p> <p>El indicador debe presentarse en la forma de porcentajes separados para varones y mujeres, de acuerdo en cada caso con su residencia urbana o rural, y desglosarse por grupos de edad de 15-19 y de 20-24 años.</p> <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declaran haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados de 15 a 24 años de edad.</p>

INTERPRETACIÓN

- En los países en que muy pocas personas jóvenes tienen su primera relación sexual antes de los 15 años de edad puede optarse por utilizar un indicador distinto: “Porcentaje de mujeres y varones de 20 a 24 años de edad que indican haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años.”
- La ventaja de utilizar la edad referida de la primera relación sexual (en comparación con la edad mediana de la primera relación sexual) es que requiere un cálculo 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 ocurridos en este indicador en un periodo breve, porque solamente los individuos que ingresan en el grupo —es decir, los que tienen menos de 15 años de edad al comienzo del periodo cuyas tendencias se evalúan— pueden influir en el numerador. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, probablemente convenga concentrarse más bien en los cambios en los niveles correspondientes al grupo de edad de 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 que los programas de prevención del VIH promueven el aplazamiento de la primera relación sexual, o la virginidad, las respuestas de los jóvenes a las preguntas de la encuesta respectiva pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberada de una edad falsa al momento de la primera relación sexual.

INDICADOR ADICIONAL

Edad mediana en la primera relación sexual

APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica Programas nacionales del SIDA: Guía para la vigilancia y evaluación, ONUSIDA/MEASURE (2000); <i>National AIDS Programmes: A Guide to monitoring and evaluation</i> ; BMJ Journals Sexually transmitted infections (December 2004 Volume 80 Suppl II; Measurement of sexual behaviour, pages 28–35).

Relaciones sexuales de alto riesgo entre mujeres y varones jóvenes

La propagación del VIH depende de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen múltiples parejas. Las parejas que no viven juntas son las más propensas a tener otras parejas sexuales en el curso de un año. Estas parejas, por tanto, tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no son parte de una red sexual más amplia.

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados

OBJETIVO	Evaluar el avance en la reducción del porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que tienen relaciones sexuales de alto riesgo
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas, como EDS, EIM, EVC (sección jóvenes)
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pregunta a los entrevistados acerca de su estado civil y sus tres parejas sexuales más recientes en los últimos 12 meses. En relación con cada pareja, se particulariza en términos de si viven con ella, el tiempo que lleva la relación, el uso del preservativo y otros factores. <p>Numerador: Número de entrevistados de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales con una pareja con la que no vivían ni estaban casados en los últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados de 15 a 24 años de edad que informan de actividad sexual en los últimos 12 meses.</p>

INTERPRETACIÓN

- Este indicador da una idea de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo. Si las personas dejan de tener relaciones sexuales con todas las parejas con quienes no cohabitan, tal modificación se reflejará en los cambios de este indicador. Sin embargo, si las personas simplemente reducen el número de parejas con las que no viven —por ejemplo, de siete a una—, el indicador no reflejará el cambio, aun cuando esa medida pueda tener un efecto significativo en la propagación de la epidemia de VIH y pueda considerarse como un éxito del programa.

Los jóvenes: uso del preservativo con parejas ocasionales

El uso correcto y sistemático de preservativos en las relaciones sexuales ocasionales reduce en grado importante el riesgo de transmisión sexual del VIH. Es una medida especialmente importante en jóvenes, que suelen presentar las tasas más altas de contagio del VIH porque tienen poca exposición previa a la infección y, por lo general, un número relativamente grande de parejas sexuales ocasionales. El uso sistemático del preservativo con parejas sexuales ocasionales es importante incluso en países con baja prevalencia del VIH, ya que puede evitar la propagación de este virus en circunstancias en las que son comunes las relaciones ocasionales. El uso del preservativo es una medida de protección contra el VIH: el aplazamiento de la primera relación sexual, la reducción del número de parejas ocasionales y la fidelidad a una pareja no infectada son igualmente importantes.

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que declaran haber usado un preservativo en las relaciones sexuales con parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses

OBJETIVO	Evaluar el avance en la prevención de la exposición al VIH a edad temprana a causa de relaciones sexuales no protegidas con parejas ocasionales
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Preferible: bienal Mínima: cada 4 a 5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica, como EDS; EIM, EVC (sección jóvenes)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pregunta a los entrevistados de 15 a 24 años si han iniciado su actividad sexual (o se deduce este dato de la respuesta a la pregunta sobre la edad de su primera relación sexual). A quienes refieran actividad sexual (estén casados o no), se les hacen las preguntas siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional, es decir, con una persona que no sea su cónyuge ni con quien haya estado viviendo? 2. Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa: ¿Con cuántas parejas ocasionales ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? 3. Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa: ¿Usó usted (o la otra persona) preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja ocasional más reciente? <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que informan haber tenido una pareja sexual ocasional (es decir, con la que no viven ni están casados) en los últimos 12 meses y que también declaran haber utilizado preservativo la última vez que tuvieron relación sexual con esta pareja ocasional.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que señalan haber tenido una pareja sexual ocasional en los últimos 12 meses.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todos los entrevistados de 15 a 24 años, así como de varones y mujeres por separado, de acuerdo en cada caso con su residencia urbana o rural.</p> <p>Debe indicarse el porcentaje de jóvenes que declaran haber iniciado su vida sexual y el porcentaje de ellos que han tenido una pareja sexual ocasional en los últimos 12 meses.</p>

INTERPRETACIÓN

- Este indicador muestra el grado de uso del preservativo entre los jóvenes que tienen relaciones sexuales ocasionalmente. Sin embargo, la trascendencia general de una puntuación determinada en un indicador dependerá de la proporción de jóvenes que entablan esas relaciones. Por tanto, los niveles y las tendencias deben interpretarse con cautela, utilizando los datos obtenidos en términos de porcentajes de jóvenes que ya iniciaron su vida sexual y, de ellos, los que han tenido una relación ocasional durante el último año
- El efecto protector máximo de los preservativos en las relaciones sexuales ocasionales se consigue cuando su uso es sistemático, no esporádico. Este indicador sobreestima 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 con parejas ocasionales dentro de un periodo determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la *tendencia* al uso del preservativo en la relación sexual más reciente con una pareja ocasional refleja en general la tendencia al uso sistemático del preservativo con dichas parejas.

Los huérfanos: asistencia a la escuela

El SIDA está causando la muerte de un número creciente de adultos, justamente en el periodo de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Por lo anterior, en muchos países la prevalencia de huérfanos aumenta constantemente, mientras que el menor número de familiares en la plenitud de la edad adulta significa que los niños huérfanos enfrentan un futuro cada vez más incierto. Con frecuencia, la orfandad trae consigo perjuicios y una mayor pobreza, factores que pueden reducir aún más la probabilidad de que los niños terminen sus estudios y pueden llevarlos a la adopción de estrategias de supervivencia que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Por tanto, es importante vigilar el grado en que los programas de atención del SIDA garanticen oportunidades educativas para los huérfanos.

Razón de la asistencia escolar actual huérfanos versus no huérfanos de 10 a 14 años de edad

OBJETIVO	Evaluar el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos.
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Preferible: bienal Mínima: cada 4 a 5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas, como EDS, EIM u otras representativas
MÉTODO DE MEDICIÓN	Razón entre la tasa actual de asistencia escolar de niños de 10 a 14 años cuyos padres biológicos fallecieron y la tasa actual de asistencia escolar de niños de 10 a 14 años cuyos padres están vivos y que actualmente viven con al menos un padre biológico.
Asistencia escolar de huérfanos (1)	Numerador: Número de niños que han perdido a ambos padres y siguen asistiendo a la escuela. Denominador: Número de niños que han perdido a ambos padres.
Asistencia escolar de no huérfanos (2)	Numerador: Número de niños cuyos padres siguen vivos, que viven al menos con un progenitor y que siguen asistiendo a la escuela. Denominador: Número de niños cuyos padres siguen vivos y viven con al menos un progenitor.
Calcular la razón o cociente entre (1) y (2)	Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todos los niños de 10 a 14 años, y también de varones y mujeres por separado. Siempre que sea posible, debe calcularse también el indicador para cada año de edad (véase la sección sobre interpretación). El número mínimo de huérfanos de 10 a 14 años necesario para calcular este indicador es 50 (véase la sección sobre interpretación).

INTERPRETACIÓN

- Las definiciones utilizadas aquí de huérfano y no huérfano, es decir, niño de 10 a 14 años en su último cumpleaños cuyos dos padres han fallecido o siguen vivos, respectivamente, se eligen de manera que pueda identificarse y dar seguimiento en el tiempo al máximo efecto de la desventaja resultante de la orfandad. 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 ha transcurrido menos tiempo para que fallezcan los padres de los niños de menor edad y es más probable que los niños mayores hayan dejado sus estudios. Por tanto, el valor de este indicador tiende a ser levemente mayor que la unidad, incluso cuando los huérfanos no sufren desventaja relativa alguna.

- 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 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 epidemia de menor cuantía 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 huérfanos. Las restricciones a huérfanos de ambos padres y a niños de 10 a 14 años significan que las estimaciones pueden basarse en cantidades menores en países con epidemias pequeñas o nacientes.

INDICADOR ADICIONAL

Porcentaje de niños menores de 15 años que son huérfanos

Este indicador aporta información sobre las tendencias en la proporción de huérfanos en una población determinada. La pérdida del padre o la madre y la de ambos progenitores pueden tener consecuencias diferentes. Del mismo modo, es probable que la orfandad a diferentes edades tenga consecuencias distintas. Por tanto, en teoría, deben obtenerse datos por tipo de orfandad (materna, paterna y doble) y por grupos etarios de cinco años (quinquenales) y sexo del niño.

APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica <i>Programas nacionales del SIDA: Guía para la vigilancia y evaluación,</i> ONUSIDA/MEASURE (2000)

IMPACTO

15. ** Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15–24 años infectados por el VIH (**Meta: reducción del 25% en los países más afectados en 2005, y reducción del 25% mundialmente en 2010**).
16. Porcentaje de adultos y de niños con el VIH que siguen con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica.
17. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nacen de mujeres infectadas (**Meta: reducción del 20% en 2005 y del 50% en 2010**).

Reducción de la prevalencia del VIH

El objetivo en cuanto a la respuesta al VIH es reducir la frecuencia de la infección. Habida cuenta de que las tasas más elevadas de nuevas infecciones por el VIH se observan generalmente en jóvenes, más de 180 países se han comprometido a alcanzar mayores reducciones en la prevalencia del VIH entre los jóvenes: reducción del 25% en los países más afectados en 2005 y reducción mundial del 25% en 2010.

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la reducción de la infección por el VIH
APLICABILIDAD	Países con epidemia generalizada
OBJETIVOS	2005: reducción del 25% (en los países más afectados) 2010: reducción del 25% (mundial)
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	<i>Directrices del ONUSIDA/OMS para la vigilancia del VIH de segunda generación, y Guidelines for Conducting HIV serosurveys among pregnant women and other groups.</i>
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Este indicador se calcula con datos de mujeres embarazadas que acuden a dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y regiones rurales.</p> <p>Numerador: Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) examinadas cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos</p> <p>Denominador: Número de personas (de 15 a 24 años) que acuden a dispensarios de atención prenatal sometidas a análisis para conocer su estado serológico respecto del VIH.</p> <p>Debe utilizarse la mediana en el caso de otras zonas urbanas y las rurales.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador en todo el intervalo de edades (15 a 24 años) y separadas por grupos etarios quinquenales (es decir, 15 a 19 años y 20 a 24 años).</p> <p>Siempre que sea posible, deben facilitarse las proporciones del total de mujeres de 15 a 24 años que residen en la capital, en otras zonas urbanas y en las regiones rurales, de modo que puedan calcularse las estimaciones nacionales.</p>

INTERPRETACIÓN

- La prevalencia del VIH a cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por 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 las nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración promedio de la infección es prolongada. Además, 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 cambios de comportamiento. 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. Por tanto, las reducciones de la incidencia del VIH relacionadas con un cambio de comportamiento real deben ser detectables primeramente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años. 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.

- En países en que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de anticoncepción 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.
- Este indicador (que usa datos de dispensarios de atención prenatal) proporciona una estimación razonable de tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en lugares donde la epidemia se propaga principalmente por vía heterosexual. Es menos confiable como indicador de las tendencias de la infección por el VIH cuando la mayor parte de las infecciones se concentra en poblaciones con comportamientos de mayor riesgo.
- Para complementar los datos de la vigilancia centinela, en un número creciente de países se está aplicando el análisis del VIH como parte de las encuestas demográficas. Este método se recomienda en países con alta prevalencia del VIH. Siempre que se tengan, los resultados de la encuesta deben incluirse en el informe en que se presenta este indicador.

Tratamiento contra el VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica

Uno de los objetivos de todo programa de tratamiento antirretrovírico es mejorar la supervivencia de los individuos infectados. A medida que la instauración de la terapia antirretrovírica se generaliza en países de todo el mundo, también es importante entender por qué muchas personas abandonan los programas de tratamiento. Estos datos pueden ayudar a demostrar la eficacia de tales programas y poner de manifiesto obstáculos a su ampliación y mejoramiento.

Porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica

OBJETIVO	Evaluar el avance en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Vigilancia del programa
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>La información sobre supervivencia puede obtenerse de los registros de pacientes (HMIS), con acumulación de los resultados de varias cohortes mensuales, cada una tabulada cuando estuvo en terapia antirretrovírica por 12 meses.</p> <p>Para una comprensión completa de la supervivencia, se debe obtener los datos siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de adultos y niños que empiezan la terapia antirretrovírica y fecha de inicio. • Número de adultos y niños que continúan en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciado el tratamiento. • Número de personas que ha suspendido la terapia antirretrovírica, incluidas las transferidas a otro grupo, las que se perdieron para el seguimiento y las que han muerto. <p>De las personas que interrumpieron el tratamiento o de quienes se perdió el seguimiento, cierta proporción podría estar con vida. Sin embargo, puesto que no continúan en tratamiento, no deben incluirse en el numerador.</p> <p>Las personas transferidas entre programas de tratamiento antirretrovírico cuya fecha de inicio del tratamiento se conozca, deben considerarse en tratamiento continuo.</p> <p>Numerador: Número de adultos y niños en terapia antirretrovírica continua a 12 meses de iniciado el tratamiento.</p> <p>Denominador: (a) Supervivencia mínima: Total de adultos y de niños que iniciaron la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial, 12 meses antes, incluidos los que han la suspendieron, los transferidos a otro grupo y los perdidos para el seguimiento.</p> <p>(b) Supervivencia máxima: Total de adultos y de niños que comenzaron la terapia antirretrovírica en el grupo de tratamiento preliminar 12 meses antes, excepto los que suspendieron la terapia antirretrovírica, los transferidos a otro grupo y los perdidos para el seguimiento.</p>

INTERPRETACIÓN

- En la mayor parte de los países, los datos para este indicador pueden obtenerse solamente de un número limitado de centros de atención general o especializada o de estudios de cohortes designadas, mientras se mejoran los sistemas nacionales de información sobre salud. Cuando estos sistemas se vuelvan completamente operativos, los datos serán aún más accesibles y completos.
- Los registros de los pacientes podrían no incluir las poblaciones móviles o su estado en cuanto a duración de su tratamiento.

Reducción de la transmisión maternoinfantil

En países de ingresos altos, estrategias como la terapia antirretrovírica durante el embarazo y después del parto, así como la utilización de sucedáneos de la leche materna, han reducido en gran medida la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH. En los países en desarrollo se encuentran importantes dificultades en la aplicación de esas estrategias, debido a las limitaciones en el acceso, asequibilidad y uso de servicios voluntarios de asesoría y pruebas, así como en servicios salud reproductiva y maternoinfantil, que ofrezcan apoyo integral en intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil, incluidos los sucedáneos de leche materna (cuando son parte de las políticas del país para prevenir esta forma de transmisión). No obstante, es posible lograr reducciones importantes en la transmisión maternoinfantil, mediante métodos como los regímenes breves de profilaxis antirretrovírica.

Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nacen de mujeres infectadas

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
OBJETIVOS	2005: reducción del 20% 2010: reducción del 50%
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Estimaciones basadas en la cobertura del programa
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>El indicador puede calcularse tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión maternoinfantil en las embarazadas que reciben antirretrovíricos y en las que no los reciben; el factor que se pondera es el cociente entre el número de mujeres que reciben terapia antirretrovírica y el de las que no la reciben, en ese orden. Se expresa con una sencilla fórmula matemática:</p> <p>Puntuación del indicador = $\{ T*(1-e) + (1-T) \} * v$</p> <p>donde:</p> <p>T = proporción de las mujeres embarazadas seropositivas que reciben terapia antirretrovírica</p> <p>v = tasa de transmisión maternoinfantil en ausencia de tratamiento</p> <p>e = eficacia del tratamiento proporcionado</p> <p>T es simplemente el indicador nacional número 6. Los valores por omisión del 25% y 50%, respectivamente, pueden emplearse para v y e. Sin embargo, cuando se tengan estimaciones científicas de la eficacia de las formas específicas del tratamiento antirretrovírico (por ej., nevirapina) empleadas en el país, pueden usarse en la aplicación de la fórmula. En tal caso, deben registrarse los valores de estas estimaciones.</p> <p>Han de mencionarse las formas más comunes de tratamiento ofrecidas durante los últimos 12 meses.</p>

INTERPRETACIÓN

- Este indicador se refiere a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, gracias a la mayor disponibilidad de profilaxis antirretrovírica. Por esa razón se hace caso omiso del efecto del amamantamiento en la transmisión maternoinfantil del VIH y el indicador podría subestimar las tasas reales de transmisión maternoinfantil en países en que es usual el amamantamiento prolongado. Del mismo modo, en países donde se aplican ampliamente otras medidas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (como la cesárea), el indicador proporciona en general sobreestimaciones de la transmisión maternoinfantil. Por esas razones, las tendencias de este indicador podrían no reflejar las tendencias generales en la transmisión maternoinfantil del VIH.
- El indicador nacional número 6 puede proporcionar una estimación deficiente de **T** cuando el uso de los servicios de los centros de atención prenatal.

EPIDEMIA CONCENTRADA O DE BAJA PREVALENCIA

COMPROMISO Y ACCIÓN NACIONALES

Costos y estado del desarrollo y aplicación de políticas

1. Fondos nacionales aportados por los gobiernos.
2. Índice Compuesto de Política Nacional:
 - Plan estratégico
 - Apoyo político
 - Prevención
 - Atención y apoyo
 - Derechos humanos
 - Participación de la sociedad civil
 - Vigilancia y evaluación

Para los indicadores nacionales 1 y 2 sobre costos, así como sobre el estado del desarrollo y aplicación de políticas, consulte las páginas 22 a 25.

PROGRAMAS NACIONALES:

Programas de prevención y pruebas del VIH para las poblaciones más expuestas

3. Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
4. Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) que logran atender los programas de prevención.

Poblaciones más expuestas: prueba del VIH

Para protegerse y no infectar a otros, es importante que las poblaciones más expuestas conozcan su estado en cuanto al VIH. Este conocimiento es también un factor crucial en la decisión de buscar tratamiento. *Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

Nota: Los países con epidemia generalizada también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, será muy útil que calculen e informen de este indicador con referencia a esas poblaciones.

Porcentaje (de la población o poblaciones más expuestas) que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

OBJETIVO	Evaluar el avance en la facilitación de asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos los que tienen subepidemias concentradas como parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	A. Encuestas especiales, como FHI, EVC B. Vigilancia del programa
MÉTODO DE MEDICIÓN	A. Encuestas: se pide a los entrevistados responder a las preguntas siguientes. <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? 2. Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa: ¿Conoce los resultados del análisis? B. Vigilancia del programa: la proporción de la población que tiene acceso a la prueba del VIH y a servicios de asesoramiento se calcula a partir de los datos que obtienen los dispensadores de servicios. <p>Numerador: Número de entrevistados (de la población más expuesta) sometidos a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses que conocen los resultados del estudio</p> <p>Denominador: Número (de la población más expuesta) incluido en la muestra (A) o métodos de estimación para determinar el volumen de población más expuesta para el denominador (B).</p> <p>Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos (de la población más expuesta) deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>

INTERPRETACIÓN

- Puede ser difícil acceder a las poblaciones más expuestas o realizar encuestas con ellas. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta). Si hay razones para suponer que los datos no provienen de una muestra representativa, esa sospecha deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando se tengan fuentes de datos diversas, debe aplicarse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.
- La movilidad puede dificultar la vigilancia de las poblaciones más expuestas al paso del tiempo.

Poblaciones más expuestas: programas de prevención

A menudo es difícil llegar con programas de prevención del VIH a las poblaciones más expuestas. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH en esas poblaciones y en la población general es importante que tengan acceso a estos servicios. *Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

Nota: En los países con epidemia generalizada puede haber también una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, les sería útil calcular e informar de este indicador con referencia a esas poblaciones.

Porcentaje (de la población o poblaciones más expuestas) que logran atender los programas de prevención del VIH

OBJETIVO	Evaluar el avance en la puesta en práctica de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas que son parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	A. Encuestas especiales, como FHI EVC B. Vigilancia del programa
MÉTODO DE MEDICIÓN	A. Encuestas: Se hace una serie de preguntas a los entrevistados acerca de su conocimiento o uso de los servicios clave para la prevención del VIH. De acuerdo con el contexto local, la lista incluiría: 1) promoción social y educación inter pares; 2) exposición a medios de comunicación especializados; 3) detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; 4) asesoramiento y prueba del VIH; 5) tratamiento de sustitución y prácticas más seguras de inyección en consumidores de drogas intravenosas. B. Vigilancia del programa: se compilan y fusionan los registros de los programas que ofrecen los servicios mencionados, para obtener una medida general del alcance de los programas de prevención. Numerador: Número de entrevistados (de la población más expuesta) que ha tenido acceso a los programas de prevención del VIH durante los últimos 12 meses. Denominador: Número (de la población más expuesta) incluido en la muestra (A) o métodos de estimación de la prevalencia con respecto al tamaño de la población más expuesta, para el denominador (B). Los datos obtenidos para este indicador deben desglosarse por sexo y edad (< 25/25+). Siempre que sea posible, los datos (de la población más expuesta) deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

- El acceso a las poblaciones más expuestas o la realización de encuestas entre ellas pueden ser difíciles. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta) entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.
- Los distintos tipos de servicios cuentan por igual en la estimación de la cobertura global de los servicios.
- Si el indicador se basa en datos del programa, debe intentarse resolver el problema de las cuentas dobles durante el periodo de referencia. Es necesario asegurar que se cuenten las personas atendidas (versus las visitas) por el mismo servicio o por distintos servicios.

CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

5. Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH
6. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
7. Porcentaje de varones que declaran haber usado un preservativo en su última relación sexual con una pareja masculina.
8. Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que han adoptado comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH en el último mes; es decir, que evitaron compartir equipo de inyección y usaron preservativos.

Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención del VIH

La epidemia concentrada generalmente se ve favorecida por la transmisión sexual o el uso de equipo de inyección contaminado. Los conocimientos adecuados sobre el VIH y el SIDA son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección. *Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

Nota: En los países con epidemia generalizada puede haber también una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, les sería útil calcular e informar de este indicador con referencia a esas poblaciones.

Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas que son parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, como el FHI EVC
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede tener el VIH una persona de aspecto saludable? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada? <p>Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que contestaron correctamente a las cinco preguntas.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados (de la población más expuesta) que respondieron, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas.</p> <p>Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/SIDA deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador.</p> <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todos los entrevistados, y desglosarse por sexo y por residencia urbana o rural.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos (de la población más expuesta) deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>

INTERPRETACIÓN

- La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas.
- 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 SIDA.
- 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 constantes a través del tiempo. Sin embargo, es importante también en otros países, porque puede ayudar a lograr que se conserven los niveles altos de conocimiento donde ya existen.
- Las encuestas entre las poblaciones más expuestas tiende a ser una tarea difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta) entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Profesionales del sexo: uso del preservativo

Diversos factores aumentan el riesgo de exposición al VIH en los profesionales del sexo, incluidas las parejas múltiples y 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 una epidemia generalizada pueden también tener una subepidemia concentrada entre profesionales del sexo. En tal caso, será muy útil que calculen e informen de este indicador con referencia a esta población.

Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente

OBJETIVO	Evaluar el avance en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo por la práctica de relaciones sexuales sin protección con los clientes.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas que son parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales para el numerador y el denominador, incluidas FHI y EVC para profesionales del sexo
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pide a los entrevistados que respondan a la pregunta siguiente:</p> <p>¿Utilizó un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses?</p> <p>Numerador: Número de entrevistados que declaran haber usado un preservativo con su último cliente en los últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados que declaran haber tenido relaciones sexuales comerciales en los últimos 12 meses</p> <p>Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y de acuerdo con la residencia urbana o rural.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>

INTERPRETACIÓN

- Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su empleo es sistemático, no si es ocasional. El indicador actual sobreestima 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 con parejas ocasionales dentro de un periodo 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.
- Encuestar a profesionales del sexo puede ser difícil. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta) entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Varones que tienen relaciones sexuales con varones: uso del preservativo

El uso del preservativo reduce considerablemente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por consiguiente, el empleo sistemático y correcto del preservativo es importante para los varones que tienen relaciones sexuales con varones, debido al alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Además, es posible que los varones que tienen relaciones sexuales anales con otros varones tengan también parejas del sexo femenino, que igualmente podrían infectarse. El uso del preservativo con su pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable de su comportamiento a largo plazo.

Nota: En los países con epidemia generalizada puede haber también una subepidemia concentrada entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. En tal caso, será muy útil que calculen e informen de este indicador con referencia a esta población.

Porcentaje de varones que declaran haber usado un preservativo la última vez que realizaron el coito anal con una pareja masculina

OBJETIVO	Evaluar el avance en la prevención de la exposición al VIH en varones que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas que son parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, como FHI y EVC en varones que tienen relaciones sexuales con varones
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>En una encuesta de comportamiento de una muestra de varones que tienen relaciones sexuales con varones, se pregunta a los entrevistados acerca de sus parejas sexuales en los últimos seis meses, el coito anal con ellos y el uso del preservativo en la última de esas relaciones.</p> <p>Numerador: Número de entrevistados que declararon haber usado un preservativo en su último coito anal.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados que declararon haber realizado un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.</p> <p>Los datos para este indicador deben desglosarse por edad (< 25/25+) y de acuerdo con la residencia urbana o rural.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos de varones que tienen relaciones sexuales con varones deben obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>

INTERPRETACIÓN

- El uso del preservativo en el último coito anal con cualquier pareja da una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en las poblaciones examinadas.
- Este indicador no aporta ninguna información del comportamiento de riesgo de los varones que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos en las relaciones sexuales con mujeres. Debe investigarse el uso del preservativo tanto con mujeres como con varones en países en los que es probable que los varones de la subpoblación examinada tengan parejas de ambos sexos. En estos casos, los datos sobre el uso del preservativo deben presentarse siempre por separado respecto a las parejas masculinas y femeninas.

- La evaluación de los varones que tienen relaciones sexuales con varones puede ser difícil. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa (de la población más expuesta) entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Consumidores de drogas intravenosas: prácticas de inyección y sexuales seguras

En el caso de los consumidores de drogas intravenosas (CDI) resulta esencial salvaguardar la seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países con predominio de otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: i) el riesgo de transmisión del VIH entre CDI por el uso de material de inyección contaminado es sumamente alto, y ii) los CDI pueden constituir un reservorio de la infección a partir del cual se propague el VIH (por ej., por transmisión sexual) a la población general.

Nota: Los países con una epidemia generalizada pueden también tener una subepidemia concentrada entre CDI. En tal caso, será muy útil que calculen e informen de este indicador con referencia a esta población.

Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que en el último mes han adoptado comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH, es decir, que evitaron compartir equipo de inyección y usaron preservativos

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas intravenosas
APLICABILIDAD	Países en que el consumo de drogas intravenosas es una vía reconocida de transmisión del VIH
FRECUENCIA	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluso FHI y EVC para consumidores de drogas intravenosas (CDI)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pide a los entrevistados que respondan a la serie de preguntas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa: ¿Ha compartido equipo de inyección en algún momento del último mes? 3. ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes? 4. Si las respuestas a las preguntas 1 y 3 son las dos afirmativas: ¿Utilizó usted (o su pareja) un preservativo en su última relación? <p>Numerador: Número de entrevistados que declaran no haber compartido equipo de inyección durante el último mes y que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual.</p> <p>Denominador: Número de entrevistados que declaran haberse inyectado drogas y haber tenido relaciones sexuales en el último mes.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todos los entrevistados y desglosarse por sexo y edad (<25/25+).</p> <p>Siempre que sea posible, se deben obtener los datos de los consumidores de drogas intravenosas (CDI) con las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>

INTERPRETACIÓN

- La evaluación de consumidores de drogas intravenosas (CDI) puede ser difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de CDI entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad o fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.
- El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas intravenosas en un país depende de cuatro factores: i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de VIH; ii) la magnitud del consumo de drogas intravenosas; iii) el grado en que los CDI utilizan material de inyección contaminado, y iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso del preservativo entre los CDI, y entre los CDI y la población general. Este indicador brinda información sobre el tercer factor, e información parcial sobre el cuarto factor.

IMPACTO

9. Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) que tiene infección por el VIH.

Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

Las poblaciones más expuestas generalmente tienen la prevalencia máxima de VIH en países con epidemia generalizada o concentrada. En muchos casos la prevalencia en estas poblaciones llega a ser de más del doble que en la población en general. La reducción de la prevalencia en las poblaciones más expuestas es un parámetro crucial de la respuesta al VIH en el nivel nacional. *Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

Nota: Los países con epidemia generalizada también pueden tener una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, les sería útil calcular e informar de este indicador con referencia a esas poblaciones.

Porcentaje (de las poblaciones más expuestas) infectado por el VIH

OBJETIVO	Evaluar el avance en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, donde no se recomienda la vigilancia sistemática de las embarazadas; incluye también países con subepidemia concentrada que es parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Directrices ONUSIDA/OMS para la vigilancia del VIH de segunda generación, y directrices de FHI sobre muestreo en grupos de población
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Este indicador se calcula utilizando datos de las pruebas del VIH realizadas entre miembros de grupos (de poblaciones más expuestas) en la capital del país.</p> <p>Numerador: Número de miembros (de poblaciones más expuestas) con resultado positivo en la prueba del VIH.</p> <p>Denominador: Número de miembros (de poblaciones más expuestas) que se han sometido a la prueba del VIH.</p> <p>Este indicador debe informarse sólo respecto a la capital, para evitar sesgos en la tendencia a lo largo del tiempo. En años recientes muchos países han ampliado el número de centros de vigilancia para incluir más puntos rurales, lo cual origina tendencias sesgadas como consecuencia de la agregación de datos de esos centros.</p>

INTERPRETACIÓN

- Debido a las dificultades en el acceso a las poblaciones más expuestas, es probable que los sesgos en los datos de la serovigilancia sean mucho más importantes que los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a dispensarios de atención prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, estas dudas deberán reflejarse en su interpretación.
- Para la interpretación de este indicador resulta crucial una comprensión de cómo se relaciona la población de la muestra con cualquier población mayor que presente comportamientos de riesgo similares.
- El periodo durante el cual las personas han pertenecido a una población más expuesta se relaciona más estrechamente que la edad con el riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar de otros grupos de edad.
- Las tendencias en la prevalencia del VIH en las poblaciones más expuestas de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no será representativo de la situación del país en su totalidad.

COMPROMISO Y ACCIÓN MUNDIALES

1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (promesas de contribución y desembolsos) asignados a los países de ingresos bajos y medianos.
2. Cuantía de los fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH.
3. Porcentaje de empresas transnacionales que están presentes en países en desarrollo y tienen políticas y programas del VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
4. Porcentaje de organizaciones internacionales que disponen de políticas o programas para luchar contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (promesas de contribución y desembolsos) asignados a los países de ingresos bajos y medianos³

OBJETIVO	Dar seguimiento a los flujos financieros (promesas de contribución y desembolsos) de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) y de las entidades multilaterales (el Fondo Mundial para Luchar contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sistema de las Naciones Unidas y los bancos de desarrollo elegidos) hacia los países de ingresos bajos y medianos.
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Cuestionario anual de la Dirección de Cooperación para el Desarrollo (DCD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
MÉTODO DE MEDICIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH: todas las actividades relacionadas con el control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH (código 13040 del Sistema de notificación por parte de los países acreedores). 2. Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) y su Ayuda Oficial a los países de ingresos bajos y medianos.

INTERPRETACIÓN

- El indicador permite la comparación cruzada de los datos de donantes.
- Este indicador refleja datos estadísticos sobre la ayuda de donantes para el control del VIH. No señala los flujos del sector privado (de organizaciones y fundaciones internacionales no gubernamentales, y de empresas)
- Hoy día, el código se limita a las intervenciones dentro del sector de la salud. Se están haciendo esfuerzos por introducir un código adicional para contabilizar la ayuda de los donantes al VIH/SIDA no relacionada con la salud e identificar los componentes de VIH/SIDA en programas más amplios (véase la nota 4).
- El indicador no distingue entre los recursos dedicados a prevención, tratamiento y atención, mitigación social y apoyo en relación con el VIH y el SIDA.
- Las tendencias han mostrado que algunos donantes incluyen el financiamiento para la investigación y el desarrollo en su informe a la OCDE con arreglo a la definición actual de VIH/SIDA, si bien no es un procedimiento que sigan todos ellos.

Por esas razones es probable que el indicador subestime la ayuda total de los donantes para el VIH/SIDA, y las fluctuaciones en el indicador reflejarán las variaciones en la respuesta a la encuesta motivadas por el perfeccionamiento de la metodología actual⁴.

³ Cuatro líneas de financiamiento apoyan el programa del SIDA: flujos bilaterales, multilaterales, privados e internos. Los flujos bilaterales, multilaterales y privados se denominan flujos internacionales.

⁴ Otro código de del Sistema de notificación por parte de los países acreedores que se ocupa de la mitigación social en relación con el VIH/SIDA (prestación de asistencia social y jurídica a las personas con el VIH/SIDA: programas especiales para atender las consecuencias sociales del VIH/SIDA) está actualmente en consideración en la OCDE, Dirección de Cooperación para el Desarrollo (DCD), CAD – Grupo de Trabajo de Estadística. El grupo de trabajo también está analizando un sistema de codificación de fines múltiples. Este permitiría la identificación de actividades relacionadas con el VIH/SIDA dentro de programas más amplios de salud y de otro tipo.

Cuantía de los fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH

OBJETIVO	Rastrear el financiamiento por el sector público de la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH.
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta de flujos de recursos financieros ⁵ dirigidos a los gobiernos pertinentes (organismos de investigación gubernamentales, instancias gubernamentales de asistencia para el desarrollo, organizaciones multilaterales) para financiar la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH.
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>La información sobre los niveles anuales de inversión se obtiene de los departamentos nacionales y federales, así como de las organizaciones multilaterales identificadas que proporcionan financiamiento para la investigación y el desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH. Se obtiene información acerca de los fondos desembolsados cada año en una variedad de actividades, en particular: ciencias básicas en relación con las vacunas; investigación preclínica; ensayos clínicos; apoyo para la preparación de ensayos clínicos, y esfuerzos de sensibilización y política tendientes a apremiar el desarrollo de estas tecnologías y su aplicación final. Sin embargo, las estimaciones no incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastos e inversiones en la investigación y desarrollo de vacunas de aplicación primordialmente terapéutica; • investigación no enfocada primordialmente en microbicidas o vacunas preventivas del VIH, pero que puede tener beneficios o relación con alguno de estos productos (por ej., tecnologías plataforma).

INTERPRETACIÓN

- Este indicador proporciona información sobre el financiamiento anual del sector público en relación con la investigación y el desarrollo de microbicidas y vacunas para la prevención del VIH; esa información puede servir para vigilar los niveles actuales de esfuerzo y las tendencias en la inversión, el gasto y los objetivos de investigación a lo largo del tiempo.
- El indicador proporciona una imagen apenas parcial del financiamiento mundial para microbicidas y vacunas contra el VIH, ya que no incluye el financiamiento filantrópico y del sector privado.

⁵ Puesto en marcha y analizado por el grupo de trabajo para el rastreo de recursos en vacunas y microbicidas contra el VIH – Coalición Promotora de la Vacuna contra el SIDA, Alianza para el Desarrollo de Microbicidas, Iniciativa Internacional por la Vacuna contra el SIDA, ONUSIDA.

Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo: empresas transnacionales

Porcentaje de empresas transnacionales que están presentes en países en desarrollo y disponen de políticas y programas para luchar contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la aplicación de políticas y programas de las empresas transnacionales para luchar contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pide a las 100 principales empresas transnacionales (clasificadas según sus activos en otros países) incluidas en la lista de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), y a otras 10 empresas transnacionales de los sectores de la minería y el turismo, que declaren si aplican actualmente políticas y procedimientos de personal que cubran, como mínimo, todos los aspectos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención del estigma y la discriminación basados en el estado serológico respecto al VIH en: a) la contratación y promoción de personal, y b) las prestaciones por empleo, enfermedad y cese. 2. Actividades de prevención del VIH/SIDA en el lugar de trabajo que cubran: a) los hechos básicos sobre el VIH/SIDA; b) los riesgos y salvaguardas de transmisión del VIH específicamente relacionados con el trabajo; c) la promoción del uso del preservativo; d) el asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) y confidenciales; e) el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), y f) el suministro de fármacos relacionados con el VIH/SIDA. <p>Numerador: Número de empleadores con políticas y programas sobre el VIH/SIDA que satisfacen todos los criterios mencionados.</p> <p>Denominador: Número de empleadores entrevistados (110).</p> <p>Siempre que sea posible, deben obtenerse y evaluarse copias escritas de las políticas y reglamentos de personal.</p>

Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo: organizaciones internacionales

Porcentaje de organizaciones internacionales que disponen de políticas y programas para luchar contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

OBJETIVO	Evaluar los adelantos logrados en la aplicación de políticas y programas en las organizaciones internacionales para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo
FRECUENCIA	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Se pide a las principales organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas, la CE y otras organizaciones de alcance mundial y con un mandato de desarrollo humanitario o de ayuda de emergencia, que declaren si aplican actualmente políticas y procedimientos de personal que cubran, como mínimo, todos los aspectos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención del estigma y la discriminación basados en el estado serológico respecto al VIH en: a) la contratación y promoción de personal, y b) las prestaciones por empleo, enfermedad y cese. 2. Actividades de prevención del VIH en el lugar de trabajo que cubran: a) los hechos básicos sobre el VIH/SIDA; b) los riesgos y salvaguardas de transmisión del VIH específicamente relacionados con el trabajo; c) la promoción del uso del preservativo; d) el asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) y confidenciales; e) el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), y f) el suministro de fármacos relacionados con el VIH/SIDA. 3. Capacitación para el control del VIH/SIDA en situaciones de conflicto, emergencia y desastre⁶. <p>Numerador: Número de organizaciones internacionales importantes que disponen de políticas y reglamentos sobre el VIH/SIDA que cumplen todos los criterios anteriores.</p> <p>Denominador: Número de organizaciones internacionales importantes cuyas políticas y programas fueron revisados.</p> <p>A fin de calcular este indicador, el ONUSIDA mantendrá una lista básica de las principales organizaciones internacionales que cumplen los criterios necesarios de cobertura mundial y un mandato de desarrollo, apoyo humanitario o ayuda de emergencia</p> <p>Siempre que sea posible, deben obtenerse y evaluarse las copias escritas de las políticas y reglamentos de personal.</p>

INTERPRETACIÓN

- Este indicador no hace una consideración específica de las fuerzas internacionales de mantenimiento de la paz: es previsible que los gobiernos nacionales instruyan a sus fuerzas encargadas de mantener la paz como parte de la estrategia nacional de lucha contra el VIH/SIDA entre sus cuerpos uniformados nacionales, incluidas las fuerzas armadas y las fuerzas de protección civil.

⁶ Este aspecto es pertinente solamente para organizaciones con personal que trabaja en situaciones de conflicto, emergencia y desastre.

Apéndices

Calendario para la presentación de informes sobre los indicadores básicos de la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*

	Compromiso y acción mundiales	Compromiso y acción nacionales	Conocimiento y comportamiento nacionales	Impacto
2003 ⁷	√	√	√	√
2004	<i>Ningún informe</i>			
2005	<i>Informe intermedio basado en un subgrupo de indicadores</i>			
2006	√	√	√	√
2007	<i>Ningún informe</i>			
2008	√	√	√	√
2009	<i>Ningún informe</i>			
2010	√	√	√	√

⁷ Las cifras de 2003 se utilizarán como estimaciones de referencia en el proceso de vigilancia.

Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre vigilancia del seguimiento de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*

- 1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?
- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| a) CNS o equivalente | Sí | No |
| b) PNS | Sí | No |
| c) Otras
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- 2) Con datos de
- Ministerios:
- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| Educación | Sí | No |
| Salud | Sí | No |
| Trabajo | Sí | No |
| Relaciones Exteriores | Sí | No |
| Otras
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| Organizaciones de la sociedad civil | Sí | No |
| Personas que viven con el VIH/SIDA | Sí | No |
| Sector privado | Sí | No |
| Organizaciones de las Naciones Unidas | Sí | No |
| Organizaciones bilaterales | Sí | No |
| ONG internacionales | Sí | No |
| Otras
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- 3) ¿Se debatió el informe en un gran foro? Sí No
- 4) ¿Se almacenan centralmente los datos de la encuesta? Sí No
- 5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública? Sí No

Nombre / cargo: _____

Fecha: _____

Firma: _____

ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL – 2006

País:

Nombre del funcionario del Consejo Nacional del SIDA a cargo:

Firmado por: Nombre y título

Dirección:

TELÉFONO:

FAX:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

Instrucciones

Antecedentes

El siguiente instrumento mide el segundo indicador *del compromiso y la acción nacionales* del UNGASS, un índice compuesto de política preparado para evaluar el avance en el desarrollo y la aplicación de las políticas y las estrategias sobre el VIH/SIDA a nivel nacional. Es parte integral de la lista de los indicadores básicos, que debe completarse como parte de los informes de país del UNGASS para 2006. El instrumento sustituye al anterior, utilizado en 2003, que sirve como base para elaborar preguntas similares (véase Índice Compuesto de Política Nacional, en *Directrices para la elaboración de indicadores básicos*, ONUSIDA, Ginebra, 2002).

Este Índice Compuesto de Política Nacional revisado ofrece más detalles que el anterior y pone mayor énfasis en los avances logrados en la aplicación de la política. También se orienta a estimar el esfuerzo aplicado en los programas nacionales del VIH y el SIDA por el gobierno a nivel nacional, por organizaciones no gubernamentales y por organizaciones internacionales. Se propone medir la intensidad del esfuerzo de insumos y productos del programa, para complementar datos sobre los resultados de éste, como son los cambios de comportamiento o el descenso en la prevalencia del VIH, de los que se informa en los “Indicadores nacionales del comportamiento e impacto”. Hasta donde es posible, en este instrumento se han integrado muchas preguntas de otra encuesta, el “Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA” efectuado en muchos países por el ONUSIDA, USAID y Policy Project. Se prevé que este proceso expedito de recopilación de datos ayude a los países a identificar lagunas y jerarquizar las actividades del programa.

Estructura del cuestionario

El Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) se divide en dos partes.

Parte A, que se administrará a los funcionarios de los gobiernos (los comités nacionales del SIDA o equivalentes). Esta parte cubre cinco grandes áreas:

1. Plan estratégico
2. Apoyo político (*sección nueva*)
3. Prevención
4. Atención y apoyo
5. Vigilancia y evaluación (*sección nueva*)

En las secciones 1, 3 y 4, se incluyen preguntas sobre el desarrollo de políticas, que son similares a las que aparecen en el ICPN 2003. Sin embargo, para el informe de 2006 se han añadido incisos más detallados en relación con el *contenido* de las políticas y programas. La mayor parte de las secciones contienen también preguntas sumarias que solicitan opiniones acerca del nivel mundial de esfuerzo en el área en cuestión, tanto en 2003 como en 2005, para evaluar los cambios en el transcurso del tiempo.

Parte B, que se administra a representantes de los principales asociados de los gobiernos, incluidas las organizaciones no gubernamentales, entidades bilaterales y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Esta parte comprende cuatro grandes áreas y se concentra particularmente en la *aplicación* de la política en el último tema:

1. Derechos humanos
2. Participación de la sociedad civil (*nueva sección*)
3. Prevención
4. Atención y apoyo

La sección sobre la participación de la sociedad civil se ha formulado a partir de lo aprendido del informe de 2003. Se consideró que en el informe previo no se había evaluado en grado suficiente el compromiso y la plena participación de la sociedad civil en el diseño, planeación, aplicación y evaluación de los programas del VIH y el SIDA.

Los gobiernos nacionales, por medio de sus consejos nacionales del SIDA (CNS) o equivalentes, son los principales responsables de compilar información para el Índice Compuesto de Política Nacional, con ayuda de ONUSIDA y sus asociados.

A menudo, las respuestas a la mayor parte de las categorías de los cuestionarios requieren más explicación que un simple *sí o no*. Hay un espacio en el cuestionario, bajo “*comentario*”, que se debe emplear selectivamente para explicar brevemente por qué, por ejemplo, una política particular no se ha puesto en ejecución o, si se ha aplicado, qué dificultades ha habido en áreas particulares. Por ejemplo, si se brinda educación para la prevención del VIH para profesionales del sexo en campamentos de reeducación, es información importante que debe mencionarse. Se efectuará el análisis cualitativo de los comentarios. Si una sección o una pregunta *no son pertinentes* para un país específico, se debe emplear la respuesta “no corresponde” y facilitar una explicación (cuando sea apropiado).

El ICPN 2006 pide que los participantes ofrezcan una puntuación para 2003 y 2005 que permita medir el cambio en el transcurso del tiempo. Tal comparación se requiere para las preguntas específicas sobre aplicación y para la calificación mundial.

PASOS PROPUESTOS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

1. Designación de dos coordinadores técnicos del estudio (uno por cada parte)

Los coordinadores técnicos (de preferencia del CNS [o equivalente] en el caso de la parte A y una persona externa al gobierno respecto a la parte B) deben ser responsables de llevar a cabo la revisión y las entrevistas específicas para este indicador. Esta última persona idealmente debe tener experiencia en vigilancia y evaluación, y puede solicitar la ayuda de un consultor nacional con experiencia similar. Se recomienda encarecidamente que los representantes de la sociedad civil formen parte del equipo de la encuesta para la parte B.

2. La designación de un grupo técnico de trabajo encabezado por el CNS o equivalentes (cuatro a seis miembros)

Composición: representantes del gobierno (ministerios clave del gabinete y funcionarios en el nivel subnacional), de las organizaciones no gubernamentales, Naciones Unidas y organismos bilaterales.

Función: acordar: (i) el proceso y el cronograma; (ii) la selección de los mejores entrevistados para cada sección; y (iii) los resultados finales de ambas partes.

3. Selección de los informadores clave para cada sección

- *Plan estratégico y Apoyo político*: el director o director en funciones del programa nacional del SIDA o del consejo nacional del SIDA.
- *Vigilancia y evaluación*: funcionarios del consejo nacional del SIDA o equivalente, del ministerio de salud y puntos focales sobre el VIH de otros ministerios.
- *Derechos humanos*: expertos tales como funcionarios del ministerio de justicia, comisionados de derechos humanos y representantes de las organizaciones no gubernamentales de derechos humanos o personal de instituciones y centros de ayuda jurídica.
- *Participación de la sociedad civil*: muestra representativa de organizaciones importantes de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH y el SIDA.
- *Secciones de prevención, atención y apoyo*: principales organismos operativos en esas áreas.

4. Recopilación de datos

Cada sección debe completarse mediante revisión teórica y entrevistas con las dos o tres personas mejor informadas sobre ese asunto.

5. Entrada, análisis e interpretación de los datos

Una vez que se rellenen ambas secciones, los coordinadores técnicos deberán revisar cuidadosamente preguntas similares y verificar si hay algunas discrepancias entre las respuestas del gobierno y las de otras partes. Si tal es el caso, se debe organizar una reunión con los miembros del grupo de trabajo para analizar y abordar esos problemas antes de la reunión de consenso final sobre el informe nacional del UNGASS. Esta etapa puede requerir algunas consultas adicionales y la revisión de más documentos. Los datos validados se ingresan en el SIRN, y ambos coordinadores realizan su análisis e interpretación.

6. Taller de consenso organizado por el CNS (o equivalente)

La Secretaría del ONUSIDA recomienda encarecidamente que el comité nacional del SIDA (CNS) o su equivalente organice un amplio foro de consulta de un día para analizar y apoyar los principales resultados del informe nacional del UNGASS, incluida esta sección sobre desarrollo y aplicación de política.

Parte A del cuestionario del índice compuesto de política nacional

I. Plan estratégico

1. ¿Ha desarrollado su país un marco nacional de estrategia y acción multisectorial para la lucha contra el VIH/SIDA?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación.)

Sí	No	No corresponde (N/C)	Período cubierto:
-----------	-----------	-----------------------------	--------------------------

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué sectores están incluidos?

Sectores incluidos	Marco de estrategia/acción		Punto focal/Responsable	
	Sí	No	Sí	No
Salud				
Educación				
Trabajo				
Transporte				
Ejército				
Mujeres				
Juventud				
Otros por especificar ⁸				

Comentarios:

1.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿el marco nacional de estrategias de acción aborda las siguientes áreas, poblaciones objetivo y problemas interrelacionados? (Sí/No)

<p>Programa</p> <p>a. ¿Asesoramiento y pruebas voluntarias?</p> <p>b. ¿Promoción y distribución de preservativos?</p> <p>c. ¿Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual?</p> <p>d. ¿Seguridad hematológica?</p> <p>e. ¿Prevención de la transmisión materno-infantil?</p> <p>f. ¿Amamantamiento?</p> <p>g. ¿Tratamiento y atención?</p> <p>h. ¿Migración?</p> <p>Poblaciones objetivo</p> <p>i. ¿Mujeres y muchachas?</p> <p>j. ¿Juventud?</p> <p>k. ¿Poblaciones más expuestas?</p> <p>l. ¿Huérfanos y otros niños vulnerables?</p>	<p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p> <p>f. _____</p> <p>g. _____</p> <p>h. _____</p> <p>i. _____</p> <p>j. _____</p> <p>k. _____</p> <p>l. _____</p>
---	---

⁸ Cualesquiera de los siguientes: agricultura, finanzas, recursos humanos, minerales y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

⁹ Las poblaciones más expuestas son grupos identificados localmente como más expuestos al riesgo de transmisión del VIH (consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo, varones que tienen relaciones sexuales con varones y conductores de mototaxis).

Problemas interrelacionados	
m. ¿VIH/SIDA y pobreza?	m. _____
n. ¿Derechos humanos?	n. _____
o. ¿Participación de las personas que viven con el VIH/SIDA?	o. _____

1.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye un plan operativo?	Sí	No
--	-----------	-----------

1.4 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye el plan de estrategia u operativo:	Sí	No
--	-----------	-----------

a. objetivos formales del programa?	Sí	No
b. un presupuesto detallado de costos?	Sí	No
c. indicaciones de proveedores de financiamiento?	Sí	No

1.5 ¿Ha verificado su país el “pleno compromiso y participación” de la sociedad civil en la fase del planificación?	Sí	No
---	-----------	-----------

1.6 ¿Han apoyado las partes interesadas clave el marco nacional de estrategia y acción?	Sí	No
---	-----------	-----------

Comentarios:

2. ¿Ha integrado el país el VIH/SIDA en su plan de desarrollo general (como: a) planes de desarrollo nacional, b) Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza, y d) evaluación nacional común)?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué plan de desarrollo? a)___ b)___ c)___ otros

¿Cuál de los aspectos siguientes cubre? (Sí/ No)

	a)	b)	c)
Prevención del VIH			
Atención y apoyo			
Reducción del impacto del VIH/SIDA			
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención y atención del VIH/SIDA			
Reducción de las desigualdades de ingreso que se relacionan con la prevención y atención del VIH			
Otras:			

3. ¿Ha evaluado su país el impacto del VIH/SIDA en su desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

3.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado ha informado acerca de las decisiones de asignación de recursos? (Bajo to alto)*

Bajo												Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Comentarios:

4. ¿Tiene su país una estrategia de lucha contra los problemas del VIH/SIDA entre sus cuerpos uniformados nacionales, incluidas las fuerzas armadas y las de protección civil?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

4.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de las siguientes se han puesto en marcha ?*

Prevención del VIH	Sí	No
Atención y apoyo	Sí	No
Asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias	Sí	No
Asesoramiento y pruebas del VIH obligatorias	Sí	No
Otros por especificar:	Sí	No

Comentarios:

¿En general, cómo valora los esfuerzos de planificación de estrategias en los programas del VIH y del SIDA?												
2005	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>												

II. Apoyo político

El apoyo político firme incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abiertamente a menudo acerca del SIDA y presiden regularmente reuniones importantes, la asignación de presupuestos públicos al apoyo de programas del SIDA y el empleo eficaz de las organizaciones del gobierno y de la sociedad civil y los procesos de apoyo a los programas eficaces contra el SIDA.

1. ¿El jefe de gobierno u otros altos funcionarios hablan en público a favor de los esfuerzos contra el SIDA por lo menos dos veces por año?

Jefe de gobierno	Sí	No
Otros altos funcionarios	Sí	No

2. ¿Cuenta su país con un órgano para la gestión y coordinación multisectorial nacional de los esfuerzos contra el VIH/SIDA que esté reconocido por la ley? (consejo o comisión nacional del SIDA)*

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo fue creado? Año:

2.2 ¿Incluye lo siguiente?

Mandato	Sí	No
Composición definida	Sí	No
Incluye a la sociedad civil	Sí	No
Personas que viven con el VIH/SIDA	Sí	No
Sector privado	Sí	No
Plan de acción	Sí	No
Secretaría funcional	Sí	No
Fecha de la última reunión de la secretaría	Fecha:	

Comentarios:

3. ¿Cuenta su país con un órgano nacional del VIH/SIDA que promueva la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para poner en marcha programas y estrategias contra el VIH y el SIDA?

Sí	No	N/C
----	----	-----

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye lo siguiente?

Mandato	Sí	No
Composición definida	Sí	No
Plan de acción	Sí	No
Secretaría funcional	Sí	No
Fecha de la última reunión	Fecha:	

Comentarios:

4. ¿Cuenta su país con un órgano nacional sobre el VIH/SIDA que ayude a las organizaciones de la sociedad civil a coordinar la prestación de servicios relacionados con el VIH?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

4.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye lo siguiente?

Mandato	Sí	No
Composición definida	Sí	No
Plan de acción	Sí	No
Secretaría funcional	Sí	No
Fecha de la última reunión	Fecha:	

Comentarios:

En general, ¿cómo valora usted el apoyo político a los programas del VIH/SIDA?												
2005	Deficiente										Correcto	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficiente										Correcto	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:												

III. Prevención¹⁰

- 1. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA entre la población en general?**

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

- 1.1 El año pasado, ¿puso usted en ejecución un programa activo para promover los informes precisos de los medios de comunicación sobre el VIH y el SIDA?

Sí	No
-----------	-----------

Comentarios:

- 2. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para fomentar la educación sobre salud reproductiva y sexual en relación con el VIH y el SIDA entre los jóvenes?**

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

- 2.1 Indique si la educación sobre el VIH forma parte del plan de estudios en

escuelas primarias

Sí	No
-----------	-----------

escuelas secundarias

Sí	No
-----------	-----------

- 2.2 ¿Proporcionan el plan de estudios y la estrategia la misma educación sobre salud reproductiva y sexual para varones y mujeres jóvenes?

Sí	No
-----------	-----------

Comentarios:

- 3. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación y otras intervenciones preventivas de salud para las poblaciones más expuestas?**

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

¹⁰ Las estrategias y políticas que se señalan en el apartado Prevención pueden incluirse en el marco de estrategia y acción nacionales que se analiza en I.1, o por separado.

3.1 ¿Ha establecido su país una política o estrategia para atender a las poblaciones más expuestas?

Consumidores de drogas intravenosas, incluida:	Sí	No	N/C
- Información, educación y asesoramiento sobre la reducción del riesgo	Sí	No	N/C
- Programas de intercambio de aguja y jeringa	Sí	No	N/C
- Servicios de tratamiento	Sí	No	N/C
- Si la respuesta es afirmativa, tratamiento de sustitución de drogas	Sí	No	N/C
Varones que tienen relaciones sexuales con varones	Sí	No	N/C
Profesionales del sexo	Sí	No	N/C
Internos de prisiones	Sí	No	N/C
Emigrantes transfronterizos y poblaciones móviles	Sí	No	N/C
Refugiados o poblaciones desplazadas	Sí	No	N/C
Otras poblaciones más expuestas (<i>sírvanse especificar</i>)	Sí	No	N/C

Comentarios:

4. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención, incluidas las poblaciones más expuestas? (Estos productos incluyen, entre otros, el acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, preservativos, agujas estériles y fármacos para tratar infecciones de transmisión sexual.)

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

4.1 ¿Cuentan ustedes con programas que apoyen la política o la estrategia?

¿Un programa de comercialización social del preservativo?	Sí	No
¿Un programa de seguridad hematológica?	Sí	No
¿Un programa de administración de inyecciones seguras en los establecimientos de salud?	Sí	No
¿Un programa de diagnóstico prenatal de la sífilis?	Sí	No
¿Otros programas? (<i>sírvanse especificar</i>)	Sí	No

Comentarios:

En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos de política en apoyo de la prevención?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

5. ¿De las actividades de prevención siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha en 2003 y 2005 en apoyo a la política y la estrategia para la prevención del VIH?

(Marque todos los programas que se han instaurado más allá de la etapa experimental en una proporción importante de las poblaciones tanto urbana como rural).

	2003	2005
a. Un programa para promover la información precisa sobre el VIH y el SIDA por los medios de comunicación.	a. _____	a. _____
b. Un programa de comercialización social del preservativo	b. _____	b. _____
c. Educación para jóvenes acerca del SIDA impartida en las escuelas	c. _____	c. _____
d. Información para el cambio de comportamiento	d. _____	d. _____
e. Asesoramiento y pruebas voluntarias	e. _____	e. _____
f. Programas para profesionales del sexo	f. _____	f. _____
g. Programas para varones que tienen relaciones sexuales con varones	g. _____	g. _____
h. Programas para consumidores de drogas intravenosas, si corresponde	h. _____	h. _____
i. Programas para otras poblaciones más expuestas	i. _____	i. _____
j. Seguridad hematológica	j. _____	j. _____
k. Programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH	k. _____	k. _____
l. Programas para garantizar las precauciones universales en centros de atención de salud	l. _____	l. _____
m. Otros: <i>(sírvanse especificar)</i>	m. _____	m. _____

En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención del VIH?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

IV. Atención y apoyo¹¹

1. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para promover una atención y apoyo integrales del VIH/SIDA, con suficiente atención a los obstáculos que enfrentan las mujeres, los niños y las poblaciones más expuestas? (La atención integral incluye asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, atención psicológica, acceso a medicamentos, y atención domiciliaria y comunitaria, sin limitarse a ellos.)

Sí	No	N/C
----	----	-----

2. De las actividades siguientes, ¿cuáles se han aplicado en los programas de atención y tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA?

	2003	2005
a. Análisis sistemático del VIH en la sangre para transfusión	a. _____	a. _____
b. Precauciones universales	b. _____	b. _____
c. Tratamiento de las infecciones oportunistas (IO)	c. _____	c. _____
d. Terapia antirretrovírica (TAR)	d. _____	d. _____
e. Atención nutricional	e. _____	e. _____
f. Atención de infecciones de transmisión sexual	f. _____	f. _____
g. Servicios de planificación familiar	g. _____	g. _____
h. Apoyo psicosocial para las personas que viven con la infección por el VIH y sus familias	h. _____	h. _____
i. Atención en el hogar	i. _____	i. _____
j. Atención y tratamiento paliativos de infecciones comunes relacionadas con el VIH: neumonía, candidiasis bucal, candidiasis vaginal y TB pulmonar (DOTS)	j. _____	j. _____
k. Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con la infección por el VIH	k. _____	k. _____
l. Profilaxis posexposición (por ej., exposiciones ocupacionales al VIH, violación)	l. _____	l. _____
m. Otros: (<i>sírvanse especificar</i>)	m. _____	m. _____

Comentarios:

En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos del programa de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

¹¹ Las estrategias y políticas que se señalan en el apartado Atención y apoyo pueden incluirse en el marco de estrategia y acción nacionales que se analiza en I.1, o por separado.

3. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para abordar necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables sobre el VIH/SIDA?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

3.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿existe una definición operacional para los huérfanos y otros niños vulnerables en el país?*

Sí	No
-----------	-----------

Si la respuesta es afirmativa, sírvanse proporcionar la definición: _____

3.2 De las actividades siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha dentro de los programas para huérfanos y niños vulnerables?

	2003	2005
Pago de la matrícula escolar para los huérfanos y niños vulnerables		
Programas comunitarios		
Otros (<i>sírvanse especificar</i>)		

Comentarios:

En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los huérfanos y niños vulnerables?												
2005	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>												

V. Vigilancia y evaluación

1. ¿Tiene establecido su país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V + E)?

Sí	No	En marcha	Años cubiertos:
----	----	-----------	-----------------

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se contó con el apoyo de asociados fundamentales en la evaluación?

Sí	No
----	----

Comentarios:

1.2 El plan de vigilancia y evaluación, ¿se desarrolló en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con la infección por el VIH?

Sí	No
----	----

2. ¿Incluye el plan de vigilancia y evaluación lo siguiente?

una estrategia para la recopilación y análisis de datos	Sí	No
un grupo bien definido y normalizado de indicadores	Sí	No
directrices para los instrumentos de recopilación de datos	Sí	No
una estrategia para evaluar la calidad y exactitud de los datos	Sí	No
una estrategia de divulgación y uso de datos	Sí	No

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación?

Sí	No	En marcha	Años cubiertos:
----	----	-----------	-----------------

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se obtuvo el financiamiento?

Sí	No
----	----

4. ¿Existe una unidad o departamento funcionales de vigilancia y evaluación?

Sí	No	En marcha
----	----	-----------

Si la respuesta es SÍ,

¿Ubicado en el CNS o equivalente?

Sí	No
----	----

¿Ubicado en el ministerio de salud?

Sí	No
----	----

¿Ubicado en otra entidad? *Sírvanse especificar*

--	--

4.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se cuenta con mecanismos para asegurar que todos los elementos operativos importantes presenten sus informes a esta unidad o departamento?

Sí	No
----	----

Comentarios:

4.2 ¿Existe un funcionario a jornada completa responsable de las actividades de vigilancia y evaluación del programa nacional?

Sí, a jornada completa	Sí, por horas	No hay funcionario de vigilancia y evaluación
-------------------------------	----------------------	--

4.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿desde cuándo? : Año _____

5. ¿Existe un grupo o comité de trabajo que se reúna periódicamente y coordine las actividades de vigilancia y evaluación?

Sí, con regularidad	Sí, irregular	No	Fecha de la última reunión
----------------------------	----------------------	-----------	-----------------------------------

5.1 ¿Incluye la representación de la sociedad civil y personas que viven con la infección por el VIH?

Sí	No
-----------	-----------

6. ¿Se han revisado los programas de cada entidad para que armonicen los indicadores de vigilancia y evaluación con los de su país?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

7. ¿En qué grado (bajo a alto) las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones comparten los resultados de vigilancia y evaluación?

Bajo												Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Comentarios:

8. ¿Mantiene la Unidad de Vigilancia y Evaluación una base de datos nacional central?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

8.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo es? _____

9. ¿Se cuenta con un sistema de información de salud funcional?

Nivel nacional

Sí	No
-----------	-----------

Subnacional*

Sí	No
-----------	-----------

(*entrega periódicamente datos de los establecimientos de salud que se ordenan a nivel distrital, se envían a nivel nacional, se analizan y se usan en distintos niveles)

Comentarios:

10. ¿Existe un sistema funcional de información sobre educación?

Nivel nacional	Sí	No
Subnacional*	Sí	No

* Si la respuesta es afirmativa, sírvanse especificar el nivel; por ejemplo, distrital

11. ¿Publica su país por lo menos una vez al año un informe de evaluación sobre el VIH y el SIDA que incluya informes de vigilancia del VIH ?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

12. ¿En qué grado se utiliza información estratégica en la planificación y ejecución?

Bajo											Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentarios:

13. ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación?

¿A nivel nacional?	Sí	No
¿A nivel subnacional?	Sí	No
¿Incluyó a la sociedad civil?	Sí	No

En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos del programa de vigilancia y evaluación del VIH y del SIDA?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

Parte B

I. Derechos humanos

1. ¿Dispone su país de leyes y reglamentaciones que protejan contra la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA (por ej., disposiciones generales contra la discriminación o medidas que se centran en la escolarización, vivienda, empleo, etc. en relación específica con el VIH)?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Comentarios:

2. ¿Dispone su país de leyes y reglamentaciones que protejan contra la discriminación de grupos de personas identificadas como especialmente vulnerables al VIH/SIDA (es decir, grupos como los CDI, varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo, poblaciones móviles e internos de prisiones)?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Si la respuesta es afirmativa, especifique los grupos:

3. ¿Existen en su país leyes y reglamentos que signifiquen obstáculos para la prevención y atención eficaces contra el VIH en las poblaciones más expuestas?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Si la respuesta es afirmativa, especifíquelos:

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en alguna política o estrategia relacionadas con el VIH y SIDA ?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Comentarios:

5. Por medio de apoyo político y financiero, ¿ha facilitado el gobierno la participación de las poblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Si la respuesta es afirmativa, señale ejemplos:

- 6. ¿Tiene establecida su país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención y atención?**

Sí	No	N/C
----	----	-----

Comentarios:

- 7. ¿Tiene establecida su país una política que asegure a las poblaciones más expuestas la igualdad en el acceso a la prevención y atención?**

Sí	No	N/C
----	----	-----

Comentarios:

- 8. ¿Tiene establecida su país una política que prohíba las pruebas del VIH para efectos generales de trabajo y empleo (entrevistas, promociones, capacitación, prestaciones)?**

Sí	No	N/C
----	----	-----

- 9. ¿Tiene establecida su país una política que asegure que los protocolos de investigación en los que participan seres humanos, en relación con el VIH/ SIDA, sean revisados y aprobados por un comité de ética nacional o local?**

Sí	No	N/C
----	----	-----

9.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye el comité de revisión ética a la sociedad civil y a personas con el VIH?*

Sí	No	N/C
----	----	-----

Comentarios:

- 10. ¿Tiene establecidos su país los mecanismos de seguimiento y aplicación siguientes?**

Recopilación de información sobre derechos humanos y cuestiones relacionadas con el VIH y SIDA, y uso de esta información en la reforma de la formulación de políticas y programas	Sí	No
Existencia de instituciones nacionales independientes encargadas de la promoción y protección de los derechos humanos, como son las comisiones de derechos humanos y de reformas legislativas y los defensores del pueblo, que consideren aspectos del VIH y el SIDA en su campo de trabajo	Sí	No

Establecimiento de puntos focales dentro de los organismos gubernamentales de salud y otros para vigilar las violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH	Sí	No
Desarrollo de indicadores de desempeño o evaluaciones comparativas acerca del cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos contra el VIH y el SIDA	Sí	No

11. ¿Han sido capacitados y sensibilizados los miembros del poder judicial en cuanto a los problemas del VIH y el SIDA, así como de los derechos humanos, que pueden sobrevenir en el contexto de su trabajo?

Sí	No	N/C
-----------	-----------	------------

12. ¿Se cuenta en su país con los servicios de apoyo jurídico siguientes?

Sistemas de ayuda jurídica para casos individuales relacionados con el VIH y el SIDA	Sí	No
Apoyo del gobierno en aspectos como la discriminación a bufetes del sector privado o centros universitarios que ofrecen servicios de apoyo jurídico gratuito a la población que vive con el VIH y con SIDA	Sí	No
Programas para informar y hacer conscientes de sus derechos a las personas que viven con el VIH y con SIDA	Sí	No

13. ¿Existen programas destinados a transformar las actitudes sociales de discriminación y estigma relacionados con el VIH y el SIDA en actitudes de comprensión y aceptación?

En general, ¿cómo calificaría usted las políticas, leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los derechos humanos en lo referente al VIH y al SIDA?												
2005	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>												

En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentos existentes?												
2005	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>												

II. Participación de la sociedad civil

1. ¿En qué grado ha contribuido eficazmente la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y a la formulación de políticas nacionales?

Bajo											Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH y el SIDA o en el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)?

Bajo											Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. ¿En qué grado se incluyen, tanto en los planes como en los informes estratégicos nacionales, los servicios humanitarios de la sociedad civil en los aspectos de prevención y atención?

Bajo											Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Indique si su país ha efectuado una revisión periódica nacional del plan estratégico con participación de la sociedad civil, y cuándo:

Sí	No	N/C

Mes _____ Año _____

5. ¿En qué grado dispone su país de una política que asegure que los protocolos de investigación sobre el VIH/SIDA en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité nacional o local de revisión ética en el que participen personas que viven con el VIH y las personas que los atienden?

Bajo											Alto
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos por aumentar la participación de la sociedad civil?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:											

III. Prevención

1. De las actividades de prevención siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha en 2003 y 2005 en apoyo a la política o estrategia de prevención del VIH?

(Marque todos los programas que se han intaurado más allá de la etapa experimental en una porción importante de las poblaciones tanto urbanas como rurales).

	2003	2005
a. Un programa que promueva la divulgación de información precisa acerca del VIH y el SIDA en los medios de comunicación.	a. _____	a. _____
b. Un programa de comercialización social del preservativo	b. _____	b. _____
c. Educación sobre el SIDA para los jóvenes en las escuelas	c. _____	c. _____
d. Información para el cambio de comportamiento	d. _____	d. _____
e. Asesoramiento y pruebas voluntarias	e. _____	e. _____
f. Programas para los profesionales del sexo	f. _____	f. _____
g. Programas para varones que tienen relaciones sexuales con varones	g. _____	g. _____
h. Programas para consumidores de drogas intravenosas, si corresponde	h. _____	h. _____
i. Programas para otras poblaciones más expuestas ¹²	i. _____	i. _____
j. Seguridad hematológica	j. _____	j. _____
k. Programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH	k. _____	k. _____
l. Programas para la administración de inyecciones seguras en los establecimientos de salud	l. _____	l. _____
m. Otros: <i>(sírvanse especificar)</i>	m. _____	m. _____

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos en la aplicación de programas de prevención del VIH ?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

¹² Sírvanse definir.

IV. Atención y apoyo

1. De las actividades siguientes, ¿cuáles están ya en marcha dentro de los programas de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?

	2003	2005
a. Pruebas de detección del VIH para la transfusión de sangre	a. _____	a. _____
b. Precauciones universales	b. _____	b. _____
c. Tratamiento de las infecciones oportunistas (IO)	c. _____	c. _____
d. Terapia antirretrovírica (TAR)	d. _____	d. _____
e. Atención nutricional	e. _____	e. _____
f. Atención de infecciones de transmisión sexual	f. _____	f. _____
g. Servicios de planificación familiar	g. _____	g. _____
h. Apoyo psicosocial para las personas que viven con la infección por el VIH y sus familias	h. _____	h. _____
i. Atención domiciliaria	i. _____	i. _____
j. Atención y tratamiento paliativos de infecciones comunes relacionadas con el VIH: neumonía, candidiasis bucal, candidiasis vaginal y TB pulmonar (DOTS)	j. _____	j. _____
k. Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	k. _____	k. _____
l. Profilaxis posexposición (por ej., exposiciones ocupacionales al VIH, violación)	l. _____	l. _____
m. Otros: (<i>sírvanse especificar</i>)	m. _____	m. _____

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos del programa de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?

2005	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Deficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>												

2. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables respecto al VIH y SIDA?

Sí	No	N/C

2.1 De las actividades siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha dentro de los programas para huérfanos y otros niños vulnerables?

	2003	2005
Pago de la matrícula escolar para los huérfanos y otros niños vulnerables		
Programas comunitarios		
Otros: <i>(sírvanse especificar)</i>		

Comentarios:

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?											
2005	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>											

Encuesta sobre la metodología utilizada para la cobertura de ciertos servicios de prevención, atención y apoyo en relación con el VIH y el SIDA

Cuando no sea posible obtener datos representativos de la cobertura nacional, los países probablemente deban confiar en los datos obtenidos en entrevistas con informadores clave. Un ejemplo de uso acertado de esta metodología es un estudio emprendido por el ONUSIDA, la OMS, el UNICEF, USAID y Policy Project, *Coverage of selected services for HIV prevention, care and support in low and middle income countries in 2003* (Cobertura de ciertos servicios de prevención, atención y apoyo en el VIH/SIDA en países de ingresos medianos y bajos en 2003).¹³ Este estudio reunió datos provenientes de 73 países de ingresos bajos y medianos que abarcaban al 88% de las personas que en ese momento vivían con el VIH o con SIDA en los países en desarrollo. En el informe, la metodología fundamental se describe de esta manera:

“En cada país la información se obtuvo a través de consultores nacionales. Para las entrevistas, los consultores identificaron a personas bien informadas acerca de cada servicio. Se pidió a los entrevistados que facilitaran estadísticas sobre el número de personas que recibieron el servicio el año anterior, si contaban con esa información. Se les pidió también que estimaran el porcentaje de la población con necesidad de servicio que había tenido acceso a éste. Los entrevistados calcularon el acceso por separado para la capital, otras zonas urbanas y las regiones rurales. Estas estimaciones se utilizan solamente para verificar los cálculos de cobertura, y no para las estimaciones de cobertura que se muestran aquí. Los consultores utilizaron un cuestionario normalizado, que los autores proporcionarán a solicitud expresa.

“Una vez que los consultores obtuvieron toda la información necesaria, los resultados se presentaron y revisaron en un taller de consenso nacional. En ese taller, se reunieron entre 15 y 30 expertos nacionales para revisar los resultados, sugerir otras fuentes de información y ponerse de acuerdo en las cifras finales que se incluirían en el presente informe. Sesenta de los 73 países informantes llevaron a cabo estos talleres de consenso nacionales.

“El método empleado aquí es de costo relativamente bajo y puede ponerse en ejecución rápidamente. Como se basa en estadísticas de servicio y evaluaciones de expertos, la información obtenida mide la cobertura con menos exactitud que las encuestas nacionales, y es difícil evaluar la incertidumbre relacionada con cada estimación. Los intentos anteriores de basarse en la opinión de expertos para estimar la cobertura del programa han generado resultados contradictorios. El Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar, que se basa en un reducido número de expertos nacionales e internacionales, se ha mantenido constante al paso del tiempo y tiene buena comparabilidad entre países. La ronda 2003 del Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA, que se basó en entrevistados clave en cada componente de esfuerzo del programa, produjo perfiles útiles del esfuerzo en los países examinados y permite la comparación entre países, si bien se fundamenta en la opinión de expertos para evaluar el nivel de esfuerzo. El estudio procuró evitar esos problemas estableciendo contacto solamente con las personas mejor informadas de cada país y centrándose en la información cuantitativa, que no requiere evaluación de la calidad o eficacia de los servicios. Se pidió a los entrevistados que aportaran una cantidad limitada de información, que en la mayor parte de las intervenciones sólo incluyó el número de personas atendidas y el número de centros que ofrecían cada servicio.”

¹³ El texto completo de este informe puede descargarse directamente en www.futuresgroup.com/abstract.cfm/1953.

ESTRUCTURA DEL INFORME DE PAÍS

Período de cobertura: enero de 2003–diciembre de 2005

ÍNDICE

- I. Situación actual
- II. Panorama general de la epidemia de SIDA
- III. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA
- IV. Principales problemas enfrentados y acciones necesarias para alcanzar las metas y objetivos del UNGASS
- V. Apoyo necesario de los asociados para el desarrollo del país
- VI. Sistema de vigilancia y evaluación

ANEXOS

- ANEXO 1: ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional de vigilancia del seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA
- ANEXO 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional (a través del SIRN)
- ANEXO 3: Formularios de Devolución Nacionales para los indicadores del programa, conocimiento, comportamiento e impacto (a través del SIRN)

***SÍRVANSE ENVIAR EL INFORME NACIONAL DEL UNGASS A LA UNIDAD DE EVALUACIÓN DEL ONUSIDA EN GINEBRA POR CORREO ELECTRÓNICO:
UNGASSindicators@unaids.org***

I. Situación actual

Esta sección debe ofrecer al lector un breve resumen del estado de la epidemia y de la respuesta obtenida. Se recomienda incluir un cuadro que muestre datos sobre los indicadores básicos del UNGASS elegidos por el país.

II. Panorama general de la epidemia de SIDA

En esta sección se debe exponer el estado de la prevalencia del VIH en el país durante el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2005, basándose en la vigilancia continua y estudios específicos (si los hay) de los indicadores del impacto. Se recomienda encarecidamente incluir las fuentes de información de todos los datos presentados en el informe.

III. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA

Esta sección debe reflejar el cambio observado en el compromiso nacional y en la ejecución del programa, desglosado en los siguientes aspectos: prevención, atención, tratamiento, apoyo, cambio en el conocimiento y comportamiento, así como mitigación del impacto durante el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2005.

Los países deben observar estrechamente los nexos entre la política, la ejecución de los programas del VIH y el SIDA, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH.

Siempre que sea pertinente y según lo indicado en la introducción de las Directrices, las puntuaciones del indicador deben presentarse por área de residencia (urbana o rural), sexo y los grupos de edad siguientes: 15–19 años, 20–24 años, y 25–49 años. Se insta a los países a que informen sobre otros indicadores que contribuyan a una respuesta nacional más amplia.

IV. Principales problemas enfrentados y acciones necesarias para alcanzar las metas y objetivos del UNGASS

Esta sección debe concentrarse en los problemas fundamentales afrontados en el periodo de información cubierto que hayan obstaculizado la respuesta nacional y las medidas correctivas ideadas para lograr que se cumplan los objetivos del UNGASS acordados.

V. Apoyo necesario de los asociados para el desarrollo del país

Esta sección debe concentrarse en las acciones fundamentales que deben emprender los asociados para el desarrollo con miras a ayudar a los países a alcanzar sus metas y objetivos.

VI. Sistema de vigilancia y evaluación

Esta sección debe ofrecer un panorama general del sistema actual de vigilancia y evaluación del país, basado en el Índice Compuesto de Política Nacional (véase el apéndice 3, parte A-V), y destacar —cuando sea apropiado— las necesidades de asistencia técnica en materia de vigilancia y evaluación y de desarrollo de la capacidad para alcanzar los objetivos del UNGASS.

Bibliografía seleccionada

ONUSIDA/OMS (1999) *Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package – Prevention of HIV Infection*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA/MEASURE (2000) *Programas nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2000) *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH*. Ginebra, ONUSIDA

Family Health International (2000) *Behavioural Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington, EE.UU., Family Health International

OMS/ONUSIDA (2004) *Programas Nacionales contra el SIDA: Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes*. Ginebra, ONUSIDA

OMS/ONUSIDA (2004) *Programas nacionales contra el SIDA: Guía para la vigilancia y evaluación de los servicios de atención y apoyo sobre el VIH/SIDA*. Ginebra, ONUSIDA

ONUSIDA/OMS (2004) *National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children*. Ginebra, ONUSIDA

UNICEF/ONUSIDA (2005) *Guide to Monitoring and Evaluation of the national response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS*. Nueva York, UNICEF

OMS/ONUSIDA (2005) *Programas nacionales contra el SIDA: Guía de indicadores para la vigilancia y evaluación de programas nacionales de tratamiento antirretrovírico*. Ginebra, ONUSIDA

www.measuredhs.com/data

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

El propósito de las presentes directrices es facilitar a los consejos nacionales del SIDA (o equivalentes) orientación técnica para medir los indicadores básicos revisados de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, adoptada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2001. Estas directrices proporcionan orientación técnica sobre las especificaciones detalladas de los indicadores básicos, sobre la información que éstos requieren y los fundamentos de su elaboración, y sobre su interpretación. Asimismo, están concebidas para maximizar la validez, la coherencia interna y la comparabilidad entre los países y a lo largo del tiempo de las estimaciones de los indicadores obtenidas. En particular, las directrices procuran asegurar la coherencia en los tipos de datos y métodos de cálculo utilizados.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 avenue Appia
1211 Ginebra 27 • Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org
Internet: <http://www.unaids.org>