

PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2014

Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011



Contiene indicadores suplementarios de la OMS y el UNICEF sobre el acceso universal al sector de la salud

ONUSIDA / JC2552S (versión española, febrero de 2014)

Versión original inglesa, UNAIDS / JC2552E, enero de 2014:

Global AIDS response progress reporting 2014: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV and AIDS.

Traducción – ONUSIDA

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2014: desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

“ONUSIDA / JC2552S”.

1.Infecciones por VIH – terapia. 2.Infecciones por VIH – diagnóstico. 3.Infecciones por VIH – epidemiología. 4.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 5.Indicadores de salud. 6.Programas nacionales de salud. 7.Evaluación de programas. 8.Guía. I.Organización Mundial de la Salud. II.ONUSIDA. III.UNICEF.

ISBN 978 92 4 350665 4

(Clasificación NLM: WC 503.6)

Derechos de autor © 2014.

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

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas a la Unidad de producción de información de ONUSIDA.

La reproducción de gráficos, cuadros, mapas y partes de texto está disponible con fines educativos, publicitarios y sin ánimo de lucro siempre que el crédito se atribuya a ONUSIDA: ONUSIDA + año. Para las fotografías, el crédito debe aparecer de la forma siguiente: ONUSIDA/nombre del fotógrafo + año. Las solicitudes para la autorización de reproducción y traducción—bien sean para fines comerciales o no—deben dirigirse a la Unidad de producción de información a través de la siguiente dirección de correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

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.

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

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35

Dirección electrónica: distribution@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA 2014

Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011

Contiene indicadores suplementarios de la OMS y el UNICEF sobre el acceso universal al sector de la salud

Diciembre de 2013, Ginebra, Suiza

Se ruega entregar los datos de los indicadores a través del sitio web dedicado a la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (www.unaids.org/AIDSReporting) antes del 31 de marzo de 2014.

Las estimaciones modeladas del VIH mediante el programa informático actualizado Spectrum también se deben entregar antes del 31 de marzo de 2014.

Índice

Prefacio.....	5
Acrónimos y abreviaturas.....	6
Introducción	7
Objetivo.....	7
Cómo usar estas directrices.....	7
Antecedentes	8
Historial de presentación de informes.....	9
Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación.....	9
Formato del informe	10
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos.....	11
Seguimiento de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH y el sida en Europa y Asia Central	11
Implementación de la notificación de los progresos a nivel nacional	12
Desarrollo de indicadores.....	12
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	12
Numeradores y denominadores	13
Desglose de los datos: sexo y edad.....	14
Novedad y representatividad de los datos de la encuesta.....	14
Interpretación y análisis.....	15
Selección de indicadores.....	15
Geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación	16
Función de la sociedad civil.....	16
Contenidos del informe	17
Directrices para el envío	18
Notificación conjunta de la OMS y el UNICEF sobre indicadores del sector de la salud	19
Presentación de datos.....	19
El proceso de redacción de informes a nivel nacional: acciones necesarias	19
Resumen de los cambios en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2014	21
Indicadores básicos para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida	23
Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015.....	25
1.1 Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH.....	26
1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años.....	28
1.3 Múltiples parejas sexuales.....	30
1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	31
1.5 Las pruebas del VIH en la población general.....	33
1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes.....	35
1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención	37

1.8	Profesionales del sexo: uso del preservativo	39
1.9	Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo	41
1.10	La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo.....	43
1.11	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	45
1.12	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	47
1.13	Las pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	49
1.14	La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	51
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015.....		55
2.1	Personas que se inyectan drogas: programas de prevención	56
2.2	Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo.....	58
2.3	Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras	60
2.4	Las pruebas del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.....	62
2.5	Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.....	64
Objetivo 3. Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida		67
3.1	Prevención de la transmisión maternoinfantil.....	68
3.1a	Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia materna	73
3.2	Diagnóstico infantil precoz.....	75
3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada).....	78
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico vital para 2015		81
4.1	Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	82
4.2	Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento	85
Objetivo 5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015.....		89
5.1	Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH.....	90
Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios		93
6.1	Gasto relativo al sida.....	94
Objetivo 7: Eliminar las desigualdades de género		97
7.1	Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	98
Objetivo 8: Erradicar el estigma y la discriminación		101
8.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.....	102
Objetivo 9: Eliminar las restricciones a los viajes.....		105
Objetivo 10: Fortalecer la integración del VIH.....		107
10.1	Asistencia escolar por parte de los huérfanos	108
10.2	Apoyo económico externo a los hogares más pobres	110
Políticas gubernamentales sobre VIH y sida.....		113
Apéndices.....		117
Apéndice 1.	Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados	119
Apéndice 2.	Matriz de Financiación Nacional para 2014.....	121
Apéndice 3.	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) de 2014.....	131
Apéndice 4.	Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados	193
Apéndice 5.	Bibliografía seleccionada	195
Apéndice 6.	Indicadores de la circuncisión masculina	197
Apéndice 7.	Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación	201

Prefacio

En 2013, la Asamblea General de las Naciones Unidas llevó a cabo una revisión de mitad de período de los progresos realizados hacia el logro de los objetivos y de los compromisos ambiciosos acordados en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Felicito a los 26 países que en 2013 notificaron que habían logrado reducir a la mitad el número de nuevas infecciones por VIH desde 2001. Ahora bien, la comunidad internacional se ha comprometido a alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio de “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y el sida”, y ello exige que redoblemos nuestros esfuerzos en muchos más países para identificar brechas y tomar medidas con presteza a fin de detener y reducir la epidemia de VIH antes de que acabe 2015.

Las presentes directrices ofrecen a los Estados Miembros de las Naciones Unidas información detallada acerca de la próxima ronda de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en 2014. Aliento a todos los países a que aprovechen esta oportunidad para llevar a cabo consultas con componentes nacionales clave, incluida la sociedad civil, sobre cómo mejorar la respuesta nacional al sida. Esta ronda de informes también brinda la ocasión de reprogramar iniciativas junto con los asociados para el desarrollo, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para preparar su nuevo modelo de financiación. Solo si demostramos resultados y aceleramos nuestros progresos podremos crear el impulso necesario para garantizar que el sida se mantenga como prioridad en la agenda para el desarrollo después de 2015.

El índice de respuesta de la presentación mundial de informes sobre el sida ha sido excepcionalmente alto: durante la ronda de reportes de 2012, 186 de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas (96%) presentaron informes al ONUSIDA. Aliento a todos los gobiernos a que mantengan este esfuerzo e informen sobre los progresos en el cumplimiento de los compromisos enunciados en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 (Resolución de la Asamblea General 65/277).

La recopilación y notificación de resultados de alta calidad sobre la respuesta al sida son elementos importantes en nuestro programa de responsabilidad compartida y solidaridad mundial. El ONUSIDA está decidido a apoyarles en esta labor y para ello ha preparado las presentes directrices. Les invito a que presenten los datos de seguimiento, las estimaciones sobre el VIH y un informe descriptivo del año 2013 **antes del 31 de marzo de 2014**. Los resultados de la siguiente ronda de informes se utilizarán para fundamentar varios informes en 2014, incluido el *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida*.

Si tienen alguna duda o si necesitan apoyo adicional, no duden en ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org.

Les agradezco su continuo compromiso con la respuesta al sida. El ONUSIDA está disponible para prestar la asistencia necesaria tanto a usted y su Gobierno en el seguimiento, revisión y presentación de informes sobre los progresos realizados con respecto a la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011, y al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



Michel Sidibé
Director Ejecutivo
ONUSIDA

Acrónimos y abreviaturas

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ANC	Centro de asistencia prenatal
TAR	Terapia antirretrovírica
EVC	Encuesta de vigilancia del comportamiento
EDS	Encuestas demográficas y de salud
DIP	Diagnóstico Infantil Precoz
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
UDI	Usuarios de drogas inyectables/personas que hacen uso de drogas inyectables (término preferido)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
CM	Circuncisión masculina
TMI	Transmisión maternoinfantil
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
MICS	Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados
HSB	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
SyE	Seguimiento y evaluación
N/C	No corresponde
CNS	Comité nacional del sida
PNS	Programa nacional del sida
MEGAS	Medición del Gasto Nacional en Sida
ONG	Organización no gubernamental
PEN	Plan estratégico nacional
PAJ	Programas de agujas y jeringas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PVV	Personas que viven con el VIH
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
CDI	Consumidores de drogas inyectables
ITS	Infección de transmisión sexual
TB	Tuberculosis
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud

Introducción

Objetivo

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

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

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

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

Las directrices del presente documento están ideadas para 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 mismos a nivel regional, nacional y mundial.

Cómo usar estas directrices

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

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

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

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

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

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

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

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

Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015.
2. Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50% para 2015.
3. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH entre los niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Alcanzar a 15 millones de personas que viven con el VIH con el tratamiento antirretrovírico que pueda salvarles la vida para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para 2015.
6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en países de ingresos bajos y medios.
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas para protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

Historial de presentación de informes

Desde 2004, el ONUSIDA lleva reuniendo cada dos años informes sobre los avances de los países elaborados por los Estados Miembros con el propósito de hacer un seguimiento de las declaraciones políticas, y desde 2013 lo hace de forma anual. Los índices de respuesta han aumentado de 102 Estados Miembros (53%) en 2004 a 186 (96%) en 2012. En 2013, el primer año con una presentación de informes anual, se observó un ligero descenso en los índices de respuesta ya que presentaron informes 171 Estados Miembros (89%).

Proporción de países que participaron en la Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013

El Caribe (13/13)	América Latina (20/20)	Europa Oriental y Asia Central (10/12)	África Subsahariana (45/46)	Asia Meridional y Sudoriental (17/19)	Asia Oriental (3/5)	Oceanía (13/14)	Europa Occidental y Central (30/42)	América del Norte (2/2)	Oriente Medio y África Septentrional (18/20)	Global (171/193)
----------------------	---------------------------	--	-----------------------------------	--	------------------------	--------------------	--	-------------------------------	---	---------------------

Fuente: Informes nacionales GARPR de 2013

(Países que presentaron informes/número total de Estados Miembros de las Naciones Unidas en la región)

La información facilitada en los informes nacionales sobre los progresos realizados es el conjunto de datos más exhaustivo que jamás se haya tenido sobre la situación de la epidemia y los avances en la respuesta. Los datos de las rondas de notificación previas se pueden obtener en Internet, a través de AIDSinfo: aidsinfo.unaids.org. La base de datos íntegra está disponible en www.aidsinfoonline.org, que es una herramienta que permite elaborar gráficos, mapas y tablas. Se pueden obtener informes nacionales descriptivos sin editar de 2012 en:

INTRODUCCIÓN

www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

Hay disponibles informes completos del ICPN en:

www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2012countries.

Formato del informe

Cuando los países se preparen para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, deben basar los informes descriptivos en los informes nacionales. Si hay disponible un informe nacional reciente, puede presentarse como informe nacional descriptivo sobre los progresos realizados. En el apéndice 1 se incluye un modelo de informe nacional sobre los progresos realizados, con instrucciones detalladas para completar las diferentes secciones. Los datos de indicadores se consideran una parte integral de cada presentación del informe nacional sobre los progresos realizados. Por ello, tanto la parte descriptiva del informe nacional sobre los progresos realizados como los datos de indicadores deben tomarse en consideración durante el proceso de consulta y preparación del informe, tal como se describe en la sección titulada "Implementación de proceso de reporte sobre los progresos realizados a nivel nacional", en la página 12 de las presentes directrices.

- ➔ Los datos de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida deben presentarse a través del sitio web de presentación de informes (www.unaids.org/AIDSreportingtool) a fin de mejorar la integridad y la calidad de los datos, y de facilitar el procesamiento y el análisis a nivel nacional, regional y mundial.
- ➔ La fecha límite para la presentación de informes a través de la página web es el 31 de marzo de 2014.

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

En la página 19 se resumen los cambios introducidos en la presente ronda de notificación con respecto a la ronda de 2013.

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

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

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

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

- El porcentaje de los jóvenes que viven con el VIH
- El conocimiento que tienen los jóvenes sobre el VIH
- El uso del preservativo durante la última relación sexual de alto riesgo

- La asistencia escolar por parte de los huérfanos
- La cobertura de la terapia antirretrovírica

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

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

Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

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

El ONUSIDA insta al resto de países de ingresos altos a que se pongan en contacto con la División de Información Estratégica y Monitoreo del ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org), si desean obtener más información técnica sobre la notificación de sus programas locales, o con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Dublindeclaration@ecdc.europa.eu) para obtener más información sobre el enfoque europeo de vincular y armonizar los sistemas de monitoreo mundiales y regionales.

Seguimiento de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH y el sida en Europa y Asia Central

En 2004, durante la Presidencia irlandesa del Consejo de la Unión Europea, los Estados Miembros y los países vecinos en Europa Oriental y Asia Central aprobaron la Declaración de Dublín sobre la cooperación para luchar contra el VIH y el sida en Europa y Asia Central. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) coordina la preparación de informes sobre esta Declaración. El ONUSIDA y el ECDC colaboran estrechamente para coordinar y armonizar los sistemas de seguimiento mundiales y regionales. El objetivo es mejorar la pertinencia de los informes para los países de la región y reducir la carga que supone elaborar informes. La recopilación de datos tendrá lugar al mismo tiempo que para la actual presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. En colaboración con el ONUSIDA, el ECDC ofrecerá asistencia técnica a los países europeos que preparen informes tanto para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2014 como en el marco del seguimiento de la Declaración de Dublín para 2014. Para obtener más información sobre el seguimiento de la Declaración de Dublín, sírvase solicitarla a Teymur Noori, del ECDC (teymur.noori@ecdc.europa.eu).

Implementación de la notificación de los progresos a nivel nacional

Desarrollo de indicadores

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

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

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

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

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

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

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

En 2014, el proceso para completar el archivo de Spectrum y presentar los datos del GARPR se realizará simultáneamente a fin de garantizar que los resultados estén armonizados. **Los archivos iniciales de Spectrum deberán facilitarse al ONUSIDA para su revisión antes del 28 de febrero, de tal forma que puedan finalizarse antes de la fecha de presentación del GARPR y de los archivos de Spectrum, cuya fecha límite es el 31 de marzo de 2014. En enero de 2014 se enviarán a los equipos nacionales de estimaciones sobre el VIH las instrucciones sobre cómo actualizar y presentar archivos de Spectrum.**

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

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

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

Numeradores y denominadores

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

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

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

Desglose de los datos: sexo y edad

Una de las enseñanzas fundamentales extraídas de las rondas previas de informes fue la importancia de obtener los datos desglosados; por ejemplo, separados por sexo y edad. Es crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en forma resumida. Sin el desglose de los datos es difícil hacer el seguimiento de la amplitud y profundidad de la respuesta a la epidemia, tanto en el ámbito nacional como en el mundial.

Igualmente difícil es vigilar el acceso a las actividades, la equidad de dicho acceso, la conveniencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados (sobre todo por sexo y edad) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de seguimiento y evaluación. Si es posible, también han de realizarse análisis de la equidad. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para garantizar que se obtengan los datos desglosados a escala subnacional, también a nivel de instalaciones y proyectos. Debe prestarse especial atención a hacer un seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones civiles o del sector privado que participen en la respuesta nacional al sida deben entender la importancia de desglosar los datos y el lugar prioritario que corresponde a su recopilación y difusión durante las operaciones en curso.

➔ El sitio web dedicado a la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (www.unaids.org/AIDSREPORTING) identifica claramente el desglose de los datos

IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

necesarios para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador (véase en la subsección precedente, titulada “Numeradores y denominadores”, la información adicional sobre estos factores). En general, cuando corresponda, todos los datos deben desglosarse por sexo y edad. En respuesta a las dificultades planteadas para la recopilación de datos desglosados, en caso necesario, es posible introducir datos parciales.

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

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

Novedad y representatividad de los datos de la encuesta

Para calcular los indicadores basados en encuestas de la población general, debe usarse la encuesta nacional representativa más reciente. Se reconoce que, en algunos casos, es posible que los datos presentados en esta ronda sean los mismos que en la ronda anterior, puesto que dichas encuestas suelen efectuarse con intervalos de cinco años.

Si no se dispone de datos más recientes, se pueden cargar los datos de la encuesta que ya se notificaron en 2013 en la herramienta de notificación en línea pulsando un solo botón y, por consiguiente, no es necesario volver a introducirlos.

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

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

Uno de los desafíos a la hora de desarrollar estimaciones de la carga de la enfermedad y planificar las necesidades de los programas es comprender el tamaño de las poblaciones clave. Se pide a los países que presenten las estimaciones del tamaño de poblaciones clave y que indiquen los métodos y estimaciones específicas a nivel de ciudad o provincia calculadas empíricamente. En la página 49 se ofrece más información. Algunos países que disponen de estimaciones empíricas del tamaño nacional de las poblaciones clave también pueden aportar datos agrupados del programa de prevención. Si un país tiene la capacidad de informar sobre un indicador con datos del programa nacional, el presente año puede hacerlo en el apartado de comentarios.

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

Interpretación y análisis

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

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

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

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

Selección de indicadores

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

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

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

IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

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

Geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación

A través del mecanismo para la presentación de informes sobre los avances de la respuesta mundial al sida, se pide a los países que presenten datos representativos a nivel nacional. Sin embargo, identificar las zonas geográficas nacionales a las que no llegan los servicios dirigidos a epidemias localizadas de VIH o a las poblaciones específicas más afectadas por la epidemia constituye una oportunidad fundamental para reforzar la eficiencia y la eficacia de las respuestas nacionales al VIH. Se puede conseguir si se anexa información geográfica a los datos de indicadores. La geocodificación vincula los datos de vigilancia y de programas procedentes de diversas fuentes para generar interpretaciones más detalladas de la epidemia de VIH, y con ello facilitar la ejecución de intervenciones específicas y adaptadas allí donde más se necesiten. Para aplicar este enfoque, la recopilación de datos debe orientarse a niveles subnacionales que sean relevantes para los programas. La recopilación de datos ya se está ampliando en muchos países para abarcar niveles geográficos inferiores y poblaciones clave. En la recopilación, el análisis y la difusión de los datos es preciso tener siempre en cuenta la confidencialidad y las consideraciones éticas, a fin de garantizar que los datos geocodificados se utilicen para acercar los servicios relacionados con el VIH a las personas que los necesitan y no exponerlas a daños. Véase el apéndice 7 para consultar más información acerca de la geocodificación de la información sobre vigilancia, seguimiento y evaluación.

Función de la sociedad civil

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

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

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

- informar a las organizaciones de la sociedad civil acerca de los indicadores y el proceso de preparación de informes;

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

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

Contenidos del informe

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

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

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

Los datos sobre los indicadores se darán a conocer después de un proceso de depuración, validación y conciliación de datos en www.AIDSinfo.com.

- ➔ Si hay alguna duda, se recomienda a los países que se dirijan al ONUSIDA en su país o en Ginebra por correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org. Se publicará la información actualizada acerca de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida en el sitio web del ONUSIDA: www.unaids.org/AIDSreporting.

Directrices para el envío

- ➔ Los países que necesiten información adicional sobre la herramienta de notificación y los mecanismos de presentación deberían solicitar asistencia técnica a los asesores de información estratégica del ONUSIDA, y a los grupos de trabajo de seguimiento y evaluación del VIH en sus países. La División de Información Estratégica y Monitoreo, ubicada en la Secretaría del ONUSIDA, también puede suministrar apoyo, y está disponible a través del correo electrónico: AIDSreporting@unaids.org.
- ➔ Para facilitar el contacto con el ONUSIDA en Ginebra durante el proceso de preparación de informes y el seguimiento, se ruega a los países que faciliten cuanto antes y por correo electrónico el nombre y la información de contacto de la persona responsable de la presentación de los datos: AIDSreporting@unaids.org.

IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

Herramienta de presentación de informes

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

Una característica nueva de la herramienta de presentación de informes es que, la primera vez que se conecte, el relator de cada país deberá crear un nombre de usuario y una contraseña. En función de las comunicaciones oficiales con el país, en principio se asigna un editor de datos por país, pero el relator nacional puede ampliar los derechos de edición a otras personas si así lo desea. Los editores pueden añadir o modificar la información que va a ser presentada. Al igual que en los últimos años, el relator nacional también puede autorizar a otras personas para que vean los datos y permitir así una consulta nacional más amplia. Los observadores pueden ver dicha información, pero no pueden realizar ningún cambio. Se ofrecerá más información a este respecto en las presentaciones en línea (www.unaids.org/AIDSreporting) sobre cómo utilizar la herramienta de presentación de informes.

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

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

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

Cualquier problema relacionado con la herramienta de presentación de informes en línea puede notificarse a AIDSreporting@unaids.org.

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

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

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

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

Presentación de datos

Los datos de los indicadores deben presentarse en línea antes del 31 de marzo de 2014. El equipo nacional de estimaciones sobre el VIH deberá cargar el archivo de Spectrum en la carpeta designada (según lo indicado

por el equipo de estimaciones sobre el VIH del ONUSIDA) antes del 31 de marzo de 2014. Para resolver cualquier duda acerca de dónde se debe cargar el archivo, póngase en contacto con: estimates@unaids.org.

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

Las copias impresas de los informes pueden enviarse a:

Jefe del equipo de la División de Información Estratégica y Monitoreo,
ONUSIDA, 20 Avenue Appia CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

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

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

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

1. Identificar a la persona que coordinará el proceso de presentación de informes y enviar el nombre y la información de contacto al ONUSIDA en Ginebra al siguiente correo electrónico:
AIDSreporting@unaids.org;
2. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación con los indicadores de los avances en la respuesta mundial al sida; desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos, que indique los plazos y las funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otros organismos gubernamentales y de la sociedad civil;
3. Identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos, incluida una reunión con el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH;
4. Garantizar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos;
5. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
6. Garantizar que el equipo de estimaciones sobre el VIH ha presentado el borrador del archivo de Spectrum al ONUSIDA para su revisión (a más tardar, el 28 de febrero);
7. Analizar los datos en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
8. Calcular las estimaciones de cobertura de la TAR y la PTMI utilizando denominadores procedentes de actualizaciones y archivos de Spectrum revisados;
9. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, formulen comentarios sobre el borrador del informe;
10. Introducir los datos en el sitio web para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida
(<http://AIDSreportingtool.unaids.org>);
11. Cargar el archivo final de Spectrum en la carpeta de estimaciones nacionales designada;
12. Enviar los datos de los indicadores antes del **31 de marzo de 2014**;
13. Responder puntualmente a las preguntas del ONUSIDA, la OMS o el UNICEF.

Es importante que los datos notificados sean validados y conciliados entre todos los asociados a nivel nacional. Este proceso se apoya en la herramienta de notificación en línea, pues permite compartir las credenciales de los observadores con las partes interesadas del país. Varios países han señalado que esta función ha permitido que

IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

muchos asociados de la sociedad civil y de otro tipo vean y faciliten datos durante el proceso de notificación, y de ese modo ha permitido que el proceso de consulta y validación con las partes interesadas sea más rápido y más detallado.

En el apéndice 4 se incluye una lista de comprobación resumida para preparar y presentar el informe nacional sobre los progresos realizados.

Resumen de los cambios en la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2014

El año 2014 será un año de presentación de informes "íntegros", es decir, se incluirán tanto los indicadores básicos como el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) y un informe nacional descriptivo sobre los progresos realizados.

A continuación se resumen los cambios introducidos en la presente ronda de notificación con respecto a la ronda de 2013:

- Los indicadores de profesionales del sexo (indicadores 1.7, 1.8, 1.9 y 1.10) incluyen transgénero como posible desglose, además del desglose por sexo mujer/hombre.
- En los indicadores de pruebas del VIH en poblaciones clave (indicadores 1.9, 1.13 y 2.4) se ha recuperado la explicación del denominador de 2010 (véanse estos indicadores para más información).
- Se ha actualizado la redacción del indicador de prevención de la transmisión maternoinfantil (indicador 3.1) para aclarar los desgloses y los vínculos con Spectrum. Además, el indicador para medir la cobertura de la PTMI durante la lactancia materna se ha añadido directamente después de este indicador (indicador 3.1a, previamente etiquetado como indicador 3.8).
- El indicador de cobertura de la TAR (indicador 4.1) tiene un nuevo denominador que ahora incluye a todas las personas que viven con el VIH, y no solo a las que reúnen los requisitos para recibir tratamiento. Para consultar una explicación más pormenorizada de este cambio, véase la descripción detallada del indicador 4.1 (página 76). Se ha incluido el desglose de personas que acaban de iniciar la TAR (en los últimos 12 meses) (en anteriores rondas se etiquetaron como 4.1a).
- El indicador de retención en la TAR 12 meses después de comenzar (indicador 4.2) incluye los posibles desgloses para la situación de embarazo y la situación de lactancia al inicio de la terapia.
- En el indicador de gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH (indicador 5.1), se ha cambiado "adultos" por "adultos y niños" en el numerador y se ha eliminado "avanzada" de "infección por el VIH avanzada".
- En el indicador de gastos relativos al sida (indicador 6.1), se han dividido los donantes bilaterales en el PEPFAR y otros donantes bilaterales.
- Se ha añadido un nuevo indicador relacionado con el objetivo 8: Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH (indicador 8.1). Dado que este indicador es nuevo, es posible que la mayoría de los países no puedan informar sobre él en la ronda de notificación de 2014. Por ello, se pide a los países que presenten los datos de una versión anterior de una de las dos preguntas de este indicador: "¿Compraría hortalizas frescas de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?" Esta pregunta se ha incluido sistemáticamente en las encuestas demográficas y de salud y en otras encuestas en muchos países. En futuras rondas de notificación, los países deberán informar sobre el indicador completo.
- Se piden informes descriptivos (para más información, véase el apéndice 1).
- Se solicita un Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) íntegro; el ICPN ha sido objeto de ligeras revisiones; véase el ICPN actualizado en el apéndice 3.

Cuestiones clave nuevas en la ronda de notificación de 2013 que se mantienen sin cambios en la ronda de notificación de 2014

- Al igual que en la encuesta de 2012, no es necesario volver a introducir los datos de la encuesta que no hayan sido actualizados desde la última ronda de notificación (que será la de 2012 o 2013, según cuándo

RESUMEN DE LOS CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA DE 2014

se presentase el último informe), (es decir, los indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.22, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 10.1, 10.2).

- Se mantienen las preguntas sobre estimaciones del tamaño de las poblaciones clave de la ronda de notificación de 2012, pero ahora se encuentran entre los indicadores del objetivo 1 y el objetivo 2 (página 49).
- Se siguen incluyendo los dos indicadores sobre la prevalencia de la circuncisión masculina y el número de hombres circuncidados que se añadieron en 2013 para los 16 países con una alta prevalencia del VIH y con bajo índice de circuncisiones masculinas (indicadores GARPR 1.22 y 1.23, que se pueden encontrar en el anexo 6).
- Se mantendrá la notificación conjunta de los indicadores para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida y de los indicadores del sector de la salud de la OMS y el UNICEF. Los indicadores suplementarios del sector de la salud se encuentran en la segunda parte del presente manual.

Indicadores básicos para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida

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

Objetivos	Indicadores	
Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015 <i>Población general</i>	1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas para prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*
	1.2	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años
	1.3	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
	1.4	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*
	1.5	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*
<i>Profesionales del sexo</i>	1.7	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH
	1.8	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente
	1.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1.11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH
	1.12	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina
	1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año
	2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual
	2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó
	2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH
Objetivo 3. Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil
	3.1a	Porcentaje de mujeres que vive con el VIH y que recibe medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus lactantes durante la lactancia materna

INDICADORES BÁSICOS PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS AVANCES EN LA RESPUESTA MUNDIAL AL SIDA

relacionadas con el sida**	3.2	Porcentaje de niños que nace de mujeres seropositivas y que recibe un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento
	3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico vital para 2015	4.1	Porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica*
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica
Objetivo 5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015	5.1	Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH
Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación
Objetivo 7. Eliminar las desigualdades de género	7.1	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. <i>Todos los indicadores con datos desglosados por sexo pueden emplearse para medir el estado del progreso hacia el logro del objetivo 7.</i>
Objetivo 8. Erradicar el estigma y la discriminación	8.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH
Objetivo 9. Eliminar las restricciones a los viajes		<i>Los datos sobre restricciones de viaje son recopilados directamente por la División Jurídica y de Derechos Humanos, en la sede del ONUSIDA, por lo que no es necesario notificarlos.</i>
Objetivo 10. Fortalecer la integración del VIH	10.1	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años*
	10.2	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses
Cuestiones sobre políticas (referentes a los 10 objetivos)		Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

*Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

**El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres define este objetivo como:

1. Reducir en un 90% el número de nuevas infecciones por el VIH entre los niños
2. Reducir en un 50 % el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Para obtener más información, consulte:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_sp.pdf

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

Población general

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

Profesionales del sexo

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

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

*Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1.1 Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas

Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas)

Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja que no ha contraído el VIH y que no tiene otras parejas?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona seropositiva?

Frecuencia de medición: Preferiblemente: cada dos años; mínimo: cada 3-5 años

Desglose:

- Sexo
- Edad (15-19 y 20-24)

Aclaración sobre el numerador

Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 hacen referencia a ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país en cuestión. Por ejemplo: "¿Se puede contraer

el VIH al abrazar o estrechar la mano de una persona seropositiva?” y “¿Se puede contraer el VIH a través de medios sobrenaturales?”

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite www.measuredhs.com.

1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite www.measuredhs.com.

1.3 Múltiples parejas sexuales

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite www.measuredhs.com.

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual

Denominador: Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas)

Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el período de los últimos 12 meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.

Frecuencia de medición: De 3 a 5 años

Desglose:

- Sexo
- Edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años

Puntos fuertes y débiles

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

Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su uso es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual no informa sobre el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo de preguntar si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones sexuales con parejas ocasionales

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

dentro de un período determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático.

Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite www.measuredhs.com.

1.5 Las pruebas del VIH en la población general

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años En el denominador también se incluyen los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH o del sida.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas) Se les pregunta a los encuestados: <ol style="list-style-type: none">1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
Frecuencia de medición:	Cada 3 a 5 años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (15-19, 20-24 y 25-49)

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Más información

Para obtener más información sobre la metodología o instrumentos de las encuestas de demografía y salud o de indicadores del sida, visite www.measuredhs.com.

1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes

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

Qué mide

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

Justificación

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

La prevalencia del VIH en cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que han contraído el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresada como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración media de la infección es prolongada. Los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. Los aumentos en la prevalencia del VIH pueden reflejar un mayor número de personas que reciben terapia antirretrovírica, y viven más tiempo. Sin embargo, en los jóvenes, las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo, puesto que es probable que los jóvenes hayan empezado recientemente su comportamiento sexual o a usar drogas inyectables. Además, no es probable que los jóvenes que hayan contraído el VIH recientemente hayan iniciado una terapia antirretrovírica. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años (o incluso de 15 a 19 años si es posible realizar este desglose). Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH.

Tipo de epidemia:	Países con epidemias generalizadas
Numerador:	Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos
Denominador:	Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Directrices de la OMS y el ONUSIDA para la vigilancia centinela del VIH</p> <p>Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los centros de asistencia prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y zonas rurales.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p>

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

Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Ninguno

Puntos fuertes y débiles

En países en los que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de 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. Si las pautas de fertilidad cambian, esta tendencia puede estar sesgada si las mujeres que viven con el VIH toman otras decisiones en relación con su fertilidad.

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

Para complementar los datos de los centros de asistencia prenatal, un número creciente de países ha incluido las pruebas del VIH en las encuestas demográficas. Si un país ha producido estimaciones de la prevalencia del VIH a partir de los datos de las encuestas, estas estimaciones deben ser incluidas en el cuadro de comentarios para posibilitar las comparaciones entre varias encuestas. Las estimaciones de la encuesta deben estar desglosadas por sexo.

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118_Methodology.pdf

1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

NOTIFICACIÓN ADICIONAL PARA 2014: Las mujeres transgénero que venden sexo tienen una de las tasas de prevalencia del VIH más altas registradas y por ello se ha introducido este nuevo desglose.

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

Denominador: Número total de profesionales del sexo entrevistados.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

Se plantean las siguientes preguntas a los profesionales del sexo:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (p. ej. a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)

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

Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con este grupo.

El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Cada dos años

Desglose:

- Sexo (mujer, hombre, transgénero)
- Edad (<25/25+)

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

NOTIFICACIÓN ADICIONAL PARA 2014: Las mujeres transgénero que venden sexo tienen una de las tasas de prevalencia del VIH más altas registradas y por ello se ha introducido este nuevo desglose.

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

Puntos fuertes y débiles

Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su empleo es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual sobrestima el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo —preguntar si

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

se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un período determinado— está sujeto a sesgos de memoria. Además, la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente suele reflejar la tendencia a su empleo sistemático.

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

1.9 Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo

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

Qué mide

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

Justificación

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

NOTIFICACIÓN ADICIONAL PARA 2014: Las mujeres transgénero que venden sexo tienen una de las tasas de prevalencia del VIH más altas registradas y por ello se ha introducido este nuevo desglose.

Numerador: Número de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados

Denominador: Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

Se plantean las siguientes preguntas a los profesionales del sexo:

1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con este grupo.

El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Cada dos años

Desglose:

- Sexo (mujer, hombre, transgénero)
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los profesionales del sexo encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes,

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

deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH

Qué mide

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

Justificación

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

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

NOTIFICACIÓN ADICIONAL PARA 2014: Las mujeres transgénero que venden sexo tienen una de las tasas de prevalencia del VIH más altas registradas y por ello se ha introducido este nuevo desglose.

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

Puntos fuertes y débiles

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de los profesionales del sexo para la evaluación del impacto del programa de prevención, es conveniente no analizar

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

únicamente a los jóvenes, sino informar sobre las personas con nuevos comportamientos que les exponen a contraer el VIH (p. ej. limitando el análisis a las personas que practican el comercio sexual desde hace menos de un año). Asimismo, este tipo de análisis tiene la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

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

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

A menudo es difícil llegar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH y del sida en estas poblaciones y en la población en general, es importante que dispongan de acceso a estos servicios.

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

Numerador:	Número de HSH que respondieron “sí” a ambas preguntas.
Denominador:	Número total de HSH encuestados.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales</p> <p>Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (p. ej. a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de salud sexual) <p>Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos referentes a los HSH deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.</p> <p>El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los HSH encuestados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de fuentes diferentes, deberá utilizarse la

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

mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

Los preservativos pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por consiguiente, el uso sistemático y correcto del preservativo es importante para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Además, es posible que los hombres que tienen relaciones sexuales anales con otros hombres también tengan parejas del sexo femenino, que igualmente podrían contraer el VIH. El uso del preservativo con la pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

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

Numerador:	Número de HSH que declararon haber usado un preservativo durante el último coito anal
Denominador:	Número de HSH que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales</p> <p>En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se preguntó a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.</p> <p>Siempre que sea posible, los datos relativos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.</p> <p>El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad (<25/25+)

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conoce los resultados.
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres incluidos en la muestra
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales</p> <p>Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba? <p>Siempre que sea posible, los datos relativos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.</p> <p>El acceso a los HSH y a la información que proporcionan debe ser confidencial.</p>
Frecuencia de medición:	Cada dos años
Desglose:	<ul style="list-style-type: none">• Edad (<25/25+)

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador: Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.

Denominador: Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD: Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de medición: Anual

Desglose:

- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y débiles

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

Al analizar los datos de prevalencia de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para la evaluación del impacto del programa de prevención, es conveniente no analizar únicamente a los jóvenes, sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les exponen al riesgo de infección (p. ej.

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

limitando el análisis a los hombres que tuvieron su primera relación sexual con otro hombre en el último año). Este tipo de análisis restringido tiene también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

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

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

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

Justificación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Personas que se inyectan drogas: programas de prevención

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Numerador: Número de agujas y jeringas distribuidas en los últimos 12 meses por los programas de agujas y jeringas.

Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables en el país.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Datos del programa empleado para contar el número de agujas y jeringas distribuidas (numerador).

Estimación del número de usuarios de drogas inyectables en el país (denominador).

Frecuencia de medición: Cada dos años

Desglose: Ninguno

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

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

Más información

Se puede obtener una descripción detallada de este indicador en: OMS, UNODC y ONUSIDA: *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html.

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

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

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

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

Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Ginebra, ONUSIDA, 2011

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

[contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

2.2 Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

2.3 Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

2.4 Las pruebas del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

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

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales

Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados:

1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.

El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

Frecuencia de medición: Cada dos años

Desglose:

- Sexo
- Edad (<25/25+)

Puntos fuertes y débiles

Es posible que los datos obtenidos no se basen en una muestra nacional representativa de los usuarios de drogas inyectables entrevistados. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esta preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando los datos procedan de

fuentes diferentes, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. El informe presentado junto con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra cuestión relacionada.

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

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

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

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

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

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

2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

Al analizar los datos de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables para la evaluación del impacto del programa de prevención, es deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les exponen al riesgo de infección (p. ej. restringiendo el análisis a las personas

que han empezado a consumir drogas inyectables hace menos de un año). Este tipo de análisis restringido tiene también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en el incremento de la supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia.

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

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

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

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

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

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

3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil

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

Qué mide

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

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

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

Justificación

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

Numerador: Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el parto. Los informes a nivel mundial que recopilen información sobre la cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para la PTMI excluirán a las mujeres que recibieron una sola dosis de nevirapina, ya que no se considera un tratamiento adecuado. No obstante, el país deberá notificar el número de mujeres que recibió una sola dosis de nevirapina.

Denominador: Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición:	<p>Para el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las herramientas de seguimiento incluidas en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información resumida.</p> <p>Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatal, en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal.</p>
Frecuencia de medición:	Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país
Desglose:	El numerador debería desglosarse en los seis tratamientos generales que se describen a continuación.

Aclaración sobre el numerador

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

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

Desglose por definiciones de tratamiento

Categorías	Aclaración	Ejemplos comunes
<p>Las primeras dos opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretrovírica de por vida (incluida la Opción B+)</p> <p>1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual</p> <p>2) Ya en tratamiento antes del embarazo</p>	<p>Tratamiento de tres medicamentos ideado para proporcionar terapia antirretrovírica de por vida</p> <p>1) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como recién iniciadas a la terapia antirretrovírica de por vida</p> <p>2) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como mujeres que ya habían iniciado la terapia antirretrovírica antes de su primera visita a un centro de asistencia prenatal.</p>	<p>Tratamiento nacional estándar, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+NVP

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

	<p>Si una mujer ha iniciado la terapia antirretrovírica de por vida durante el parto, se la incluirá en la categoría 1.</p> <p>Si se dispone del número de mujeres que toman antirretrovíricos, pero no del momento de inicio de la terapia antirretrovírica, el número de mujeres puede incluirse en la casilla "Número total de mujeres embarazadas que siguen terapia antirretrovírica de por vida".</p>	
<p>3) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto)</p>	<p>Tratamiento de tres medicamentos que se usa durante la profilaxis de la PTML. Empieza en algún momento durante el embarazo o en el parto, con la intención de que se detenga al final del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia).</p> <p>Si una mujer recibe tres fármacos antirretrovíricos por primera vez en el parto, debería incluirse en esta categoría, siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r
<p>4) AZT para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto)</p>	<p>Tratamiento profiláctico que emplea AZT (o cualquier otro INTI) y que comienza a partir de las 14 semanas o durante el parto, para prevenir la transmisión del VIH.</p> <p>Si una mujer recibe fármacos antirretrovíricos por primera vez durante el parto, debería incluirse en esta categoría siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto + AZT/3TC durante 7 días después del parto
<p>5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La nevirapina es el ÚNICO tratamiento que se le puede administrar a una embarazada seropositiva durante la gestación, el parto o el alumbramiento <p>NO debe contarse como monodosis de nevirapina si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante la gestación o, • Una embarazada seropositiva ha comenzado la Opción A, B o B+ durante el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monodosis de NVP para la madre ÚNICAMENTE al comienzo del parto • Monodosis de NVP + AZT/3TC durante 7 días, ÚNICAMENTE • Monodosis de NVP para la madre al comienzo del parto y monodosis de NVP para el bebé, ÚNICAMENTE

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

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

Aclaración sobre el denominador

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Más información

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

www.who.int/hiv/pub/mtct/en/

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html

3.1a Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia materna

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Para el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las herramientas de seguimiento incluidas en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información resumida. Los datos para el numerador pueden recopilarse en la visita para el diagnóstico infantil precoz del lactante, a las seis semanas, o en la visita para la vacunación con DPT3 (2 a 3 meses), y deben distinguirse de las intervenciones con ARV para prevenir la transmisión durante el periparto. En el caso de los niños alimentados con leche materna, debe registrarse si los ARV para reducir la transmisión posnatal fueron administrados a la madre o al lactante. En el numerador también se incluye a las embarazadas con infección por el VIH que cumplen los requisitos para recibir terapia antirretrovírica de por vida, que están recibiendo un tratamiento, y cuyos hijos se benefician, por lo tanto, del efecto profiláctico del tratamiento antirretrovírico para reducir el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna.

Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatal, en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de

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

encuestas en centros de asistencia prenatal. El denominador debe representar el número de mujeres que viven con el VIH que están amamantando. En aquellos entornos en que la mayoría de las mujeres seropositivas amamantan, el número estimado de embarazadas seropositivas podría utilizarse en sustitución del denominador (con algunos ajustes de las muertes infantiles antes del momento de la medición, si están disponibles estos datos). En otros entornos, donde hay una población considerable de lactantes expuestos al VIH que no son amamantados, será necesario calcular el número de lactantes expuestos al VIH que sí son amamantados.

Frecuencia de medición:

Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Más información

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

www.who.int/hiv/pub/mtct/en/

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html

3.2 Diagnóstico infantil precoz

Porcentaje de niños que nace de mujeres seropositivas y que recibe un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento

Qué mide

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

Justificación

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

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

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

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

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

sobre todo por lo que respecta a sistemas de información y gestión logística, que permitan la compra, distribución y gestión de los suministros a nivel central, de distrito y de centro de salud.

Más información

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

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

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

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

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

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

3.3 Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

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

14 años y dividiendo estos datos entre la variable “Mujeres que necesitan PTMI”.

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

Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Ninguno

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Más información

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

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

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

**Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador:	Número de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica, de acuerdo con el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS), al final del período de notificación.
Denominador:	Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH Los criterios nacionales de admisión a la terapia antirretrovírica varían de un país a otro. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura de las terapias antirretrovíricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Información adicional:	Aunque la cobertura se calculará utilizando el número total de personas que viven con el VIH, rogamos que se facilite también el número de personas elegibles para una terapia antirretrovírica, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de criterios para recibir la terapia antirretrovírica.
Método de medición:	Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros y agruparse periódicamente. En los informes anuales deberán utilizarse los datos más recientes para un año completo. Para el numerador: registros de los centros sobre la terapia antirretrovírica y los formularios transversales correspondientes. Para el denominador: modelos

de estimación del VIH, como Spectrum.

Frecuencia de medición:

Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros y agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. En los informes anuales deberán utilizarse los datos mensuales o trimestrales más recientes

Desglose:

- Sexo
- Edad (menores de 15 años, a partir de 15 años, 15-49, <1 año, 1-4 años, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)
- Público/Privado
- personas que iniciaron la terapia antirretrovírica durante el último año de notificación (este indicador debe obtenerse de las mismas fuentes que el número total de personas que recibe terapia antirretrovírica)

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

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

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

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

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

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

Más información

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

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

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador:	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciar el tratamiento.
Denominador:	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses, incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.
Cálculo:	$\text{Numerador} / \text{Denominador}$
Método de medición:	<p>Herramientas de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo.</p> <p>Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica.</p> <p>El período de información se define como cualquier período continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el período de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en cualquier momento durante el período de 12 meses comprendido entre 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012. Si el período de información va del 1 de julio de 2012 al 30 de junio de 2013, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica entre el 1 de julio de 2011 y el 30 de junio de 2012.</p> <p>Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia</p>

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

antirretrovírica durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 habrán alcanzado los resultados de 12 meses para el período de notificación comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

Frecuencia de medición:

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

Desglose:

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

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en mayo de 2012 y que, en algún momento del período comprendido entre mayo de 2012 y mayo de 2013, fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no estarán en terapia antirretrovírica en el duodécimo mes (mayo de 2013) y no se incluirán en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretrovírica en mayo de 2012, dejó de ir a una visita en junio de 2012, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretrovírica en mayo de 2013 (en el duodécimo mes), estará en terapia antirretrovírica y se incluirá en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretrovírica en mayo de 2012 esté registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2012 y mayo de 2013.

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

Aclaración sobre el denominador

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

Por ejemplo, para el período de notificación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto a los que están en terapia antirretrovírica como a los fallecidos, a los que han dejado el tratamiento o a los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

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

Puntos fuertes y débiles

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

La información prioritaria que hay que notificar es la supervivencia global. Si hay disponibles registros exhaustivos de pacientes por cohorte, se insta a los países a que efectúen el seguimiento del índice de retención de la terapia antirretrovírica a los 24, 36 y 48 meses y, a partir de ahí, anualmente, para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia antirretrovírica. De esta forma, es posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta o disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no se puede atribuir la causa de estos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses aumenta con el tiempo, tal vez refleje una mejora en las prácticas de atención y tratamiento, o un inicio más temprano de la terapia antirretrovírica. El hecho de seguir con la terapia antirretrovírica a los 12 meses debe interpretarse en función de las características iniciales de la cohorte de pacientes al comienzo de dicha terapia. La mortalidad será más elevada en centros donde los pacientes accedieron a la terapia antirretrovírica en una etapa más tardía de la infección. Por lo tanto, la recopilación y notificación de datos sobre la supervivencia relativos a los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor de la eficacia a largo plazo de la terapia antirretrovírica.

Más información

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

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

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

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

5.1 Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Denominador: Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. La OMS calcula las estimaciones anuales del número de casos nuevos de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis, y están disponibles en: <http://www.who.int/tb/country/en>

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Registros e informes de los centros acerca de la terapia antirretrovírica; herramientas de seguimiento incluidas en los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.

Frecuencia de medición: Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros, agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre, y notificarse anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente para el cual se dispone de datos y estimaciones.

Puntos fuertes y débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS ofrece estimaciones anuales de la carga de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos nuevos de tuberculosis en

personas que viven con el VIH deberían iniciar un tratamiento para la tuberculosis, en función de los criterios de admisión específicos del país. Los casos nuevos de tuberculosis se definen como casos nuevos que se han producido durante el año, y no se incluyen los casos latentes. Todas las personas que viven con el VIH y tienen TB deben recibir cuanto antes terapia antirretrovírica. El tratamiento de la TB debe iniciarse de conformidad con las directrices de los programas nacionales de tuberculosis.

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte la siguiente referencia:

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

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

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

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

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

6.1 Gasto relativo al sida

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

Qué mide

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

Justificación

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida, es cada vez más importante efectuar un seguimiento detallado de: (i) cómo se gastan los fondos a nivel nacional y (ii) de dónde proceden los fondos. Los datos se utilizan para medir los gastos anuales relacionados con el VIH a nivel internacional, un elemento importante del seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Asimismo, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a supervisar el alcance y la eficacia de sus programas. Cuando se agrupan entre muchos países, los datos también ayudan a la comunidad internacional a evaluar el estado de la respuesta mundial. Este elemento de información estratégica contribuye a la función de coordinación que desempeña la autoridad nacional del sida de cada país y proporciona la base para la asignación de recursos y la mejora de los procesos de planificación estratégica.

Puesto que los diferentes países pueden elegir entre metodologías e instrumentos distintos para supervisar el flujo de fondos destinados al sida (p. ej., Medición del Gasto Nacional en Sida, subcuentas del sida del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) o de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) y Encuestas de Flujos de Recursos ad hoc), la Matriz de Financiación Nacional incluye una hoja de cálculo para introducir, comprobar y presentar fácilmente los datos financieros procedentes de estas tres metodologías.

Herramienta de medición:

Herramienta/método principal:

- 1) Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS)

Instrumentos/métodos alternativos:

- 2) Subcuentas del sida del SCS/CNS. No debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en sida medido según el método MEGAS o las subcuentas del SCS/CNS. Sin embargo, algunas actividades realizadas fuera del sistema de salud podrían no estar incluidas en las Cuentas Nacionales de Salud/Sistema de Cuentas de Salud.
- 3) Encuesta del flujo de recursos. Se ha llevado a cabo un proceso de armonización y los países que fueron seleccionados en la muestra de esta encuesta y que han respondido a los cuestionarios pueden introducir la información en la matriz de financiación agrupada por actividades principales. Es posible que algunas actividades realizadas fuera del sistema de salud no figuren en esta encuesta del flujo de recursos. Además, algunas acciones relacionadas con la población deben excluirse del total destinado al sida.

Los resultados de cualquiera de estos instrumentos de medición se usarán para rellenar la Matriz de Financiación Nacional, que se enviará como parte del

Método de medición:

Informe nacional sobre los progresos realizados (véase el apéndice 2).

El indicador del gasto nacional e internacional relativo al sida se notifica mediante la Matriz de Financiación Nacional. En el apéndice 2 se incluyen más instrucciones acerca de cómo informar sobre este indicador a través de la Matriz de Financiación Nacional completada. La portada, así como la información indicada en el apéndice 2, deben enviarse junto con el Informe nacional sobre los progresos realizados.

Gastos reales clasificados de acuerdo con ocho categorías de gasto relativo al sida y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias (p. ej. rentas públicas, como los impuestos) y de fuentes internacionales:

1. Prevención;
2. Atención y tratamiento;
3. Huérfanos y niños vulnerables;
4. Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas (categoría que en anteriores rondas del GARPR se denominaba "Fortalecimiento de la gestión y administración de programas");
5. Incentivos para los recursos humanos;
6. Protección social y servicios sociales (excluidos los huérfanos y niños vulnerables);
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad;
8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que se incluye en Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas).

(Hay múltiples subcategorías en cada categoría de gasto relativo al sida; véase el apéndice 2).

Los tres grupos principales de fuentes de financiación son:

1. Fuentes públicas nacionales;
2. Fuentes internacionales;
3. Fuentes privadas nacionales (optativo para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta al sida).

(Hay múltiples subcategorías para cada fuente; véase el apéndice 2).

Frecuencia de medición:

2011, 2012 y 2013 (según disponibilidad)

Datos del año natural o fiscal (según disponibilidad)

Los países que enviaron datos relativos a 2011 o 2012 en su último informe (GARPR 2013) no tienen que incluir de nuevo los datos, a no ser que en el último informe faltaran datos, estuvieran incompletos o haya habido cambios al disponer de más información. En este caso, sustituiremos los datos notificados en la última presentación correspondientes a 2011 o 2012 (GARPR 2013) por los nuevos datos notificados en la presentación de 2014.

Puntos fuertes y débiles

Los datos financieros incorporados en la Matriz de Financiación Nacional deben ser gastos reales, no presupuestos ni comprometidos. También deben incluir los gastos relativos al sida efectuados como parte de sistemas de prestación de servicios más amplios. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones

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

oportunistas requeriría una estimación especial de costos para efectuar el seguimiento de los recursos específicos asignados al diagnóstico y el tratamiento relacionados con el sida. Asimismo, las actividades de prevención en las escuelas podrían beneficiarse de una estimación detallada para calcular los gastos reales en actividades relativas al sida. Los gastos relativos al sida podrían realizarse fuera del sistema de salud, habida cuenta de la naturaleza de las respuestas ampliadas al sida.

Si se rellena la Matriz de Financiación Nacional, se obtendrá una descripción más detallada de la situación a nivel nacional, que resulta útil para la toma de decisiones tanto nacionales como mundiales.

Más información

Para obtener más información, consulte las siguientes referencias:

National AIDS Spending Assessment (NASA): classification, taxonomy and definitions. Ginebra, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>).

UNFPA/ONUSIDA/NIDI. Los detalles sobre las encuestas de flujos de recursos, herramientas de encuestas, países en la muestra y otros datos de esta herramienta están disponibles en: www.resourceflows.org

Banco Mundial, OMS y USAID. *Guide to producing national health accounts*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Esta publicación y otras herramientas para las cuentas nacionales de salud y las subcuentas del sida se pueden consultar en: <http://www.who.int/nha>

USAID, Health Systems 20/20 y ONUSIDA. *Linking NASA and NHA concepts and mechanics*. Ginebra, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>).

OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

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

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

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

Qué mide

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

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

Justificación

A nivel mundial, y en particular en el África subsahariana, los altos índices observados de la infección por el VIH entre las mujeres han concentrado la atención en el problema de la violencia contra las mujeres. Se reconoce cada vez más que el riesgo al que están expuestas las mujeres y las niñas, así como su vulnerabilidad con respecto a la infección por el VIH, está marcado por unas desigualdades de género arraigadas y omnipresentes, y en especial por la violencia contra ellas. Los estudios llevados a cabo en muchos países indican que una alta proporción de mujeres ha experimentado violencia de una manera u otra en algún momento de su vida. Los estudios realizados en Rwanda, Tanzania y Sudáfrica muestran que el riesgo de contraer el VIH entre las mujeres que han sufrido violencia es hasta tres veces mayor que en el caso de las mujeres que no la han experimentado.

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

Aclaración sobre el numerador

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

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

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

Aclaración sobre el denominador

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

Puntos fuertes y débiles

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

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

Incluso tras adherirse a las directrices éticas y de seguridad de la OMS, y de facilitar un entorno propicio para realizar las entrevistas, siempre habrá mujeres que no revelen esta información. Esto significa que las

OBJETIVO 7: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

estimaciones serán más conservadoras que el nivel real de violencia que ha experimentado la población encuestada.

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

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

Más información

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

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

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

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

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

OBJETIVO 8: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

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

Qué mide

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

Justificación

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

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

Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 49 años) que respondieron “No” o “Depende” a cualquiera de las dos preguntas.
Denominador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años que han oído hablar del VIH
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de medición:	<p>Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas)</p> <p>Este indicador se elabora con las respuestas que, en el marco de una encuesta de población general, den los entrevistados que han oído hablar del VIH al siguiente conjunto de preguntas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• "¿Compraría hortalizas frescas de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?" (Sí; No; Depende; No sé/No estoy seguro)1• ¿Cree que los niños que viven con el VIH pueden ir a la escuela con niños que son seronegativos? (Sí; No; Depende; No sé/No estoy seguro)

Frecuencia de medición	Cada 3-5 años
Desglose:	Deben facilitarse respuestas para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la respuesta consolidada para el indicador compuesto.

Aclaración sobre el numerador

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

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

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente las actitudes discriminatorias y el apoyo a las políticas de lucha contra la discriminación.

La pregunta sobre la compra de hortalizas es prácticamente idéntica a la pregunta utilizada en las encuestas EDS para hacer un seguimiento de las "actitudes de aceptación" hacia las personas que viven con el VIH, lo que permite realizar un seguimiento continuado de las tendencias. Estas medidas suponen una mejora frente a las medidas utilizadas previamente para el indicador de "actitudes de aceptación" puesto que se pueden aplicar en entornos de alta y de baja prevalencia del VIH, en países de ingresos altos y bajos, y son relevantes en una amplia gama cultural. Las medidas individuales y el indicador compuesto no se basan en que el encuestado haya observado actos manifiestos de discriminación contra personas que viven con el VIH, que en muchos contextos son poco habituales y difíciles de caracterizar y cuantificar. Antes bien, las medidas individuales y el indicador compuesto evalúan las actitudes individuales, que pueden tener un papel más directo a la hora de influir en la conducta.

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

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

Más información

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

Segmento temático sobre la no discriminación, 31ª reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA. Nota de antecedentes.

(www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)

OBJETIVO 8: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

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

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

www.stigmaactionnetwork.org

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

Nota especial para la ronda de notificación de 2014:

- Dado que este indicador es nuevo, es posible que la mayoría de los países no puedan informar sobre él en la ronda de notificación de 2014.
- Por ello, se pide a los países que notifiquen los datos de la anterior versión de la pregunta 1, '¿Compraría hortalizas frescas de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?'. Esta pregunta se ha incluido sistemáticamente en las EDS de muchos países.
- En futuras rondas de notificación, los países deberán informar sobre el indicador completo.

OBJETIVO 9: ELIMINAR LAS RESTRICCIONES DE VIAJES

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

OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

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

10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos

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

Qué mide

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

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

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

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

Justificación

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

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

Frecuencia de medición:	Preferiblemente: cada dos años. Como mínimo: cada 4-5 años.
Desglose:	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo

Aclaración sobre el numerador

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

Puntos fuertes y débiles

Las definiciones utilizadas aquí de huérfano y no huérfano, es decir, niño de 10 a 14 años cumplidos cuyos progenitores han fallecido o siguen vivos, respectivamente, se eligen de manera que permitan identificar el máximo efecto de la desventaja resultante de la orfandad y efectuar su seguimiento a lo largo del tiempo. Se utiliza el intervalo de 10 a 14 años porque es más probable que los huérfanos de menor edad hayan perdido a sus padres recientemente, de modo que el efecto perjudicial en sus estudios haya tenido poco tiempo para materializarse. Sin embargo, los huérfanos son generalmente mayores que los no huérfanos (ya que los padres de los niños menores suelen ser seropositivos desde hace menos tiempo) y es más probable que los niños mayores hayan dejado los estudios.

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

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

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador:	<p>Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico externo en los últimos tres meses.</p> <p><i>El apoyo económico externo</i> se define como una ayuda económica gratuita (concesiones en efectivo, asistencia para pagar las matrículas escolares, material de ayuda con fines educativos, apoyo para la generación de ingresos en efectivo o en especie, asistencia alimentaria dentro del hogar, o Apoyo material o económico destinado al alojamiento) que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de base comunitaria. Lo más probable es que esta fuente sea un gobierno nacional u organización de la sociedad civil.</p>
Denominador:	<p>Número total de los hogares más pobres.</p> <p><i>Los hogares más pobres</i> se definen como aquellos hogares en el quintil de riqueza inferior. Los países deberían usar la definición del indicador y el método de medición exactos para supervisar y notificar los progresos normalizados a nivel nacional e internacional. Esto permitirá el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo, y las comparaciones con otros países diferentes. No obstante, los países pueden añadir o excluir otras categorías a nivel local (por ejemplo, otros quintiles de riqueza), en función de las necesidades nacionales respecto a la planificación y aplicación del programa nacional.</p>
Cálculo:	<p>Numerador / Denominador</p>
Método de medición:	<p>Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas a escala nacional).</p> <p>Se completa una evaluación de la situación económica del hogar (mediante una evaluación de los bienes en propiedad) en la fase de análisis de los datos, usando el quintil de riqueza para identificar el 20% de los hogares más pobres.</p>

Sin embargo, como no es posible identificar los hogares más pobres mientras se recopilan los datos, las preguntas relacionadas con el apoyo económico deben formularse a todos los hogares. Solo aquellos hogares que estén en el quintil de riqueza más bajo se incluirán en este indicador.

Como parte de la encuesta de los hogares, debe usarse una lista de todos los integrantes del hogar en la que figuren sus edades, e identificar a todos los hogares con menores de 18 años y con huérfanos, durante el año anterior a la encuesta. A continuación, se formulará a cada hogar una serie de preguntas sobre los tipos de apoyo económico recibido en los últimos tres meses, y acerca de la fuente principal de la ayuda.

Se formulan a los cabezas de familia o a los encuestados las siguientes preguntas sobre el tipo de apoyo económico externo que han recibido en los últimos tres meses.

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

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

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

Frecuencia de medición:

Cada 4-5 años

Desglose:

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

OBJETIVO 10: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

comparación con los quintiles más ricos

Puntos fuertes y débiles

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

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

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

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

Más información

Para obtener más información, consulte el sitio web siguiente:

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

Políticas gubernamentales sobre VIH y sida

Qué mide

Los progresos realizados en el desarrollo y la implementación de políticas, estrategias y leyes a escala nacional en materia de VIH y sida.

Justificación

Este indicador realiza un seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de las leyes, normativas y políticas necesarias para una respuesta eficaz al VIH.

Método de medición:

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (véase el apéndice 3)
El cuestionario del ICPN se divide en dos partes que abarcan los siguientes ámbitos:
Parte A, que se entrega para que respondan los funcionarios gubernamentales.

Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo
- VI. Seguimiento y evaluación

Parte B, que se entrega para que respondan los representantes de organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca:

- I. Participación de la sociedad civil ²
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

Algunas de las preguntas figuran tanto en la parte A como en la parte B para garantizar que se obtienen las opiniones tanto del gobierno nacional como de informantes no gubernamentales, coincidan dichas opiniones o no.

Frecuencia de medición:

Cada dos años. Lo ideal es completar el ICPN en los tres meses previos a la presentación (es decir, entre enero de 2014 y marzo de 2014 para la ronda de notificación de 2014). Como es preciso consultar a varias de las partes implicadas, es importante asignar el tiempo adecuado a la recopilación y el proceso de consolidación de datos.

Métodos

Cada sección debe completarse (a) realizando un estudio teórico de los documentos pertinentes y (b) entrevistando a las personas clave que mejor conozcan el tema. Es importante presentar un Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) debidamente cumplimentado: marque las respuestas normalizadas pertinentes y proporcione más información en los cuadros de texto cuando se solicite. Esto facilitará un mejor entendimiento de la situación actual del país, aportará ejemplos de buenas prácticas para que otros aprendan, e identificará algunas cuestiones para seguir mejorando. Las respuestas del ICPN reflejan la ejecución general de las políticas, estrategias, leyes y programas relacionados con la respuesta al VIH. Los cuadros de texto en blanco brindan la oportunidad de comentar cualquier asunto que se considere importante y no se haya tratado lo suficiente en las preguntas; por ejemplo, variaciones subnacionales importantes; el nivel de aplicación de estrategias, políticas, leyes o reglamentaciones; notas explicativas; comentarios sobre las fuentes de los datos, etc. En general, los proyectos de estrategias, políticas o leyes no se consideran "existentes" (es decir, no ha habido oportunidad aún de que influyan en la ejecución de los programas), de modo que la respuesta a la pregunta de si dichos documentos existen debe ser negativa. Sin embargo, conviene indicar en los cuadros de texto correspondientes que dichos documentos se encuentran en etapa de anteproyecto.

Si bien la responsabilidad de presentar los datos consolidados del ICPN recae en el gobierno nacional, se aconseja encarecidamente que los coordinadores técnicos brinden su ayuda para la recopilación, la consolidación y la validación de los datos. La cumplimentación escrupulosa del ICPN exige la participación de un abanico de partes interesadas, entre las que deben figurar representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Se recomienda encarecidamente: (a) organizar un taller inicial con las partes interesadas clave para acordar el proceso de recopilación de datos del ICPN (incluidos los documentos pertinentes para el análisis teórico, los representantes de organizaciones a quienes se entrevistará y el proceso que se empleará para determinar las respuestas finales y el calendario); y (b) organizar un taller final con las partes interesadas clave para presentar, debatir y validar los resultados del ICPN antes de la presentación oficial como parte del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. La coherencia de los datos finales del ICPN no supone la eliminación de las discrepancias entre las preguntas que se superponen en las partes A y B; simplemente supone que, cuando las perspectivas de los informantes difieran, concuerden las respuestas de la parte A por un lado, de la parte B por otro, y ambas sean presentadas.

Conviene, en caso de que no se haya hecho todavía, recopilar todos los documentos básicos (es decir, políticas, estrategias, leyes, directrices, informes, etc.) relativos a la respuesta al VIH en un solo lugar (p. ej. un sitio web), lo que permitirá que todas las partes interesadas accedan con facilidad. Esto no solo facilitará la validación de las respuestas del ICPN, sino que además, y lo que es más importante, aumentará la sensibilización acerca de la importancia de estos documentos para la ejecución de la respuesta nacional al VIH y a la larga promoverá su utilización.

Puntos fuertes y débiles

El ICPN es el cuestionario normalizado más completo del que se dispone para evaluar el entorno político, estratégico, legal y de ejecución de programas para la respuesta al VIH. Aunque generalmente se hace referencia al ICPN como un "indicador", no se usa en ese sentido. La importancia del ICPN reside en el proceso de recopilación y conciliación de datos entre las diferentes partes interesadas, el análisis detallado de las respuestas y su uso en el fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH. El proceso de respuesta al ICPN brinda una oportunidad única para que las distintas partes interesadas evalúen los progresos realizados y analicen qué se necesita para respaldar una respuesta eficaz y eficiente al VIH. Si se cumplimenta de forma realmente colaborativa, es decir, invitando a los representantes adecuados y respetando los diferentes puntos de vista, el proceso del ICPN puede desempeñar un importante papel a la hora de fortalecer la colaboración en el plano nacional y de aumentar la responsabilización compartida de la respuesta al VIH.

Es importante analizar los datos de cada uno de los apartados del ICPN e incluir una reseña en la sección descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados en materia de: (a) desarrollo de políticas,

estrategias y leyes, y (b) su aplicación para respaldar la respuesta nacional al VIH. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre las preguntas que se superponen en la parte A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN de anteriores rondas de notificación, siempre que estén disponibles.

APÉNDICES

Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados

Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional para 2014

Apéndice 3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados

Apéndice 5. Bibliografía seleccionada

Apéndice 6. Indicadores de la circuncisión masculina

Apéndice 7. Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación

Apéndice 1. Modelo de informe nacional sobre los progresos realizados

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

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS [Nombre del país]

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

Índice

I. Resumen de la situación

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

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

II. Panorama general de la epidemia de sida

Instrucciones: En este apartado se expondrá la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país durante el período que va de enero de 2012 a diciembre de 2013, en función de la vigilancia centinela y de otros estudios específicos. Debe incluirse la fuente de información de todos los datos aportados.

III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

Instrucciones: Esta sección reflejará el cambio observado en el compromiso nacional y en la ejecución del programa, desglosado en los siguientes aspectos: prevención, atención, tratamiento y apoyo; cambio en los conocimientos y el comportamiento; y mitigación del impacto, durante el período comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2013.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la ejecución de los programas del VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH, basándose en los datos de los indicadores. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad. Los países también emplearán los datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) (véase el apéndice 3) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo y aplicación de políticas/estrategias, e incluir un análisis de las tendencias de los datos clave del ICPN de anteriores rondas, siempre que estén disponibles. Se insta a los países a que notifiquen datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos presentados.

IV. Mejores prácticas

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

V. Principales problemas y medidas correctoras

Instrucciones: Esta sección se centrará en:

APÉNDICE 1

- a) los progresos realizados con respecto a los desafíos clave mencionados en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2012, o durante los exámenes de mitad de período de la Declaración política que muchos países realizaron en 2013, si los hubiera;
- b) los problemas afrontados durante todo el período de notificación (2012–2013) que hayan obstaculizado la respuesta nacional, en general, y los avances hacia la consecución de los objetivos, en particular;
- c) las medidas correctoras concretas planeadas para garantizar que se cumplan los objetivos acordados.

VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país (si procede)

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

VII. Entorno de seguimiento y evaluación

Instrucciones: Esta sección debería facilitar: a) un panorama general del sistema actual de seguimiento y evaluación (SyE); (b) los problemas encontrados en la aplicación de un sistema integral de SyE; c) las medidas correctoras planificadas para superar los problemas; y d) destacar, cuando sea apropiado, las necesidades de asistencia técnica y desarrollo de capacidades en materia de SyE. Los países deben basar esta sección en el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) (véase el apéndice 3).

ANEXOS

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

ANEXO 2: Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

Envíe su Informe nacional completo sobre los progresos realizados en la lucha contra el sida antes del 31 de marzo de 2014, mediante la herramienta de presentación de informes recomendada.

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

Apéndice 2. Matriz de Financiación Nacional para 2014

Portada

Proporcione la siguiente información al presentar la Matriz de Financiación Nacional completada.

País:

Persona de contacto de la Autoridad/Comité Nacional del Sida (o equivalente):

Nombre: _____ Cargo: _____

Información de contacto de la Autoridad/Comité Nacional del Sida (o equivalente):

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Período cubierto para 2011: año natural ____ o ejercicio fiscal _____

Período cubierto para 2012: año natural ____ o ejercicio fiscal _____

Período cubierto para 2013: año natural ____ o ejercicio fiscal _____

En caso de que el período cubierto sea un ejercicio fiscal, indique el mes/año de inicio y cierre: ____ / ____ a ____ / ____

Moneda local:

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el período cubierto para: 2011: ____ / 2012: ____ / 2013: ____

Metodología:

(Confirme con qué metodología —Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS), Cuentas nacionales de salud o Encuestas de flujos de recursos— se proporcionaron los datos para la Matriz de Financiación Nacional.

Asimismo, indique cómo y dónde se puede acceder al informe completo a partir del cual se aplicó la metodología para obtener los datos.)

Gastos no contabilizados:

(Especifique si hubo gastos relacionados con las actividades de algunas de las categorías o subcategorías de gastos relativos al sida que no se incluyen en la Matriz de Financiación Nacional, y explique por qué no se han incluido.)

Los países que enviaron datos relativos a 2011 o 2012 en su último informe (GARPR 2013) no tienen que incluir de nuevo los datos para estos años, a no ser que en el último informe faltaran datos, estuvieran incompletos o haya habido cambios al disponer de más información. En este caso, sustituiremos los datos notificados para estos años en la última presentación (GARPR 2013) por los nuevos datos notificados en la presentación de 2014.

2011: _____

2012: _____

2013: _____

Apoyo al presupuesto: ¿Recibe el presupuesto apoyo de alguna fuente internacional (p. ej. un donante bilateral) incluida en las subcategorías central/nacional o subnacional correspondientes a las fuentes de financiación públicas?

2011: ____ Sí ____ No / 2012: ____ Sí ____ No / 2013: ____ Sí ____ No

Matriz de Financiación Nacional sobre los gastos relativos al sida para 2014

Antecedentes

El indicador del gasto relativo al sida se emplea para medir el sexto objetivo de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: “Alcanzar un nivel significativo de gasto por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios”. El gasto relativo al sida debe notificarse mediante la Matriz de Financiación Nacional: gasto relativo al sida por categoría y por fuente de financiación. La matriz es una hoja de cálculo que permite que los países registren sus gastos relativos al sida conforme a ocho categorías de tres fuentes de financiación. Este indicador proporciona información fundamental, útil tanto para el nivel nacional como mundial, de la respuesta al sida. La Matriz de Financiación Nacional se ha diseñado para que sea compatible con los diferentes sistemas de recopilación y seguimiento de datos, p. ej., Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS), Sistema de Cuentas de Salud (SCS), Cuentas Nacionales de Salud (CNS) y Encuestas de flujos de recursos, de modo que se transfiera la información de dichos instrumentos a la matriz. Para los países que utilicen el instrumento MEGAS, la matriz es uno de los productos de este instrumento. (Se insta a los países interesados en aplicar el sistema MEGAS a que se pongan en contacto con el ONUSIDA para solicitar información adicional sobre este instrumento.)

Estructura de la matriz

La Matriz de Financiación Nacional tiene dos componentes básicos:

- Categorías de gasto relativo al sida (cómo se gastan los fondos asignados a la respuesta nacional)
- Fuentes de financiación (dónde se obtienen los fondos asignados a la respuesta nacional)

Hay ocho categorías de gasto relativo al sida: prevención; atención y tratamiento; huérfanos y niños vulnerables; fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas; incentivos para los recursos humanos; protección social y servicios sociales (excluidos los huérfanos y niños vulnerables); entorno favorable y desarrollo de la comunidad; e investigación.

Cada categoría de gasto incluye varias subcategorías. Entre las ocho categorías de gasto hay un total de 91 subcategorías. Es importante señalar que todas las categorías y subcategorías son específicas para el sida; por ejemplo, los gastos enumerados en entorno favorable y desarrollo de la comunidad deben ser solo aquellos atribuibles directamente a la respuesta al sida.

La prevención es la categoría más amplia e incluye 22 subcategorías que van desde las pruebas voluntarias y el asesoramiento a la comercialización social del preservativo y la seguridad hematológica; siete de las ocho categorías restantes tienen menos de diez subcategorías cada una. El propósito de las categorías y subcategorías es ayudar a los gobiernos nacionales a desglosar sus gastos lo más racional y sistemáticamente posible. Como ya se ha mencionado, la matriz está concebida para que sea compatible con los sistemas habituales de recopilación y seguimiento de datos, a fin de aligerar a los gobiernos nacionales de la carga de la preparación de informes.

Hay tres grupos principales de fuentes de financiación: públicas nacionales, privadas internacionales y privadas nacionales (optativo para la preparación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida).

Al igual que con las categorías de gasto, cada fuente de financiación tiene varias subcategorías. Las fuentes públicas tienen cuatro subcategorías: central/nacional, subnacional, Banco de desarrollo (reembolsable) (préstamos) y resto de fuentes públicas. Las fuentes internacionales tienen seis subcategorías: PEPFAR, otros organismos bilaterales, organizaciones de las Naciones Unidas, Fondo Mundial, subvenciones del Banco de desarrollo (no reembolsables) y resto de fuentes internacionales. Las fuentes privadas tienen dos subcategorías: empresas y fondos de hogares. (Nota: los datos sobre las fuentes privadas son optativos a efectos de la elaboración

de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Sin embargo, se recomienda a los países que recopilen los datos disponibles y los notifiquen.)

Instrucciones

- La Autoridad/Comité Nacional del Sida o equivalente debe designar un coordinador técnico para gestionar la obtención y aportación de datos válidos para la Matriz de Financiación Nacional. Se recomienda que dicho coordinador posea conocimientos apropiados de los instrumentos y metodologías que actualmente se usan en el país para la recopilación de este tipo de datos financieros (p. ej., MEGAS, SCS/CNS y Encuestas de flujos de recursos). Además, se insta al coordinador a que se ponga en contacto con otras personas a cargo de los puntos de seguimiento de los recursos nacionales, como los funcionarios del Ministerio de Salud que hayan participado en la elaboración de informes sobre los gastos relativos al VIH. El propósito de esta participación es lograr un acuerdo en cuanto a la estimación nacional de los gastos relativos al VIH y evitar la duplicación de iniciativas.
- Se insta a los países a que incorporen todos los detalles posibles en la Matriz de Financiación Nacional, incluidos todos los desgloses pertinentes por categorías y subcategorías de gasto relativo al sida y fuente de financiación. Todas las categorías y subcategorías que no sean aplicables a un país deben identificarse claramente; las explicaciones de las categorías y subcategorías que no incluyan estimaciones por ninguna otra razón deben aportarse a la matriz como parte de la portada.
- Los datos financieros de la matriz deben ser los gastos reales. No deben incluir partidas del presupuesto que no se hayan validado como gastos reales ni se deben hacer constar sumas correspondientes a compromisos u obligaciones. Los gastos reales deben corresponder al año o años naturales o fiscales de 2011, 2012 o 2013 (según disponibilidad).
- El total de cada partida debe incluir la financiación de todas las fuentes enumeradas para dicho apartado. Además, se consignará un subtotal para cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida, que reflejará la financiación total correspondiente a todas las fuentes de todas las subcategorías de determinada categoría.
- Las cantidades de cada categoría o subcategoría deben consignarse en la moneda local o en USD. Si se consignan en la moneda nacional, en la portada deberá hacerse constar el tipo de cambio promedio respecto al dólar estadounidenses para el año natural o el ejercicio fiscal del período de notificación; (véase la portada de la Matriz de Financiación Nacional en la página 118).
- Las categorías y subcategorías de gasto están diseñadas para que resulten fáciles de entender. Los gastos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “Otros/sin clasificar” que aparece en cada una de las ocho categorías de gasto relativo al sida. (La descripción detallada de las categorías y subcategorías está disponible en la publicación del ONUSIDA *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*. Véase la referencia más adelante.)
- Los gastos se computarán exclusivamente en una sola categoría o subcategoría; nunca deben contarse dos veces. Por ejemplo, los gastos en actividades para los huérfanos y niños vulnerables no se deben volver a computar en protección social y servicios sociales.
- Las categorías y subcategorías correspondientes a las fuentes de financiación están concebidas para que resulten fáciles de entender. Los gastos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “resto de” que aparece tanto en las fuentes públicas como en las internacionales. Tenga en cuenta que la lista de categorías y subcategorías de fuentes de financiación no es exhaustiva; sin embargo, menciona las principales fuentes de financiación.
- La financiación en las subcategorías central/nacional y subnacional de las fuentes públicas solo debe incluir los ingresos generados por el gobierno y destinados a la respuesta al sida. No debe figurar la asistencia para el desarrollo de ningún tipo proveniente de fuentes internacionales; la única excepción posible sería el apoyo presupuestario de organizaciones donantes que no puede diferenciarse de los

APÉNDICE 2

ingresos nacionales. Si la cifra total de apoyo al presupuesto puede identificarse, debe figurar en la subcategoría de fuentes internacionales (p. ej. "bilateral (otro)"). Si algún tipo de ayuda presupuestaria se incluye en las subcategorías central/nacional o subnacional, debe indicarse en la portada (véase más arriba).

- La financiación procedente de un banco de desarrollo debe hacerse constar como "reembolsable" (p. ej. préstamos), que aparece en fuentes públicas, o como "no reembolsable" (p. ej. subvenciones), que aparece en fuentes internacionales. Los países que reciben préstamos y subvenciones de los bancos de desarrollo deben tener cuidado de asignar dichos fondos a las categorías correctas.
- La financiación aportada por donantes bilaterales individuales no tiene por qué desglosarse por organismo donante en la matriz de financiación, a excepción del PEPFAR.
- Los fondos aportados por las fundaciones internacionales deben figurar en la subcategoría "Resto de fuentes internacionales". Los fondos recibidos de fundaciones nacionales deben figurar en la subcategoría "Resto de fuentes públicas".
- Es optativo dar información sobre la financiación procedente de fuentes privadas. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a los países que recopilen los datos disponibles en este ámbito, e informen sobre ellos, para ofrecer un panorama más completo de los fondos disponibles para la respuesta al sida.
- Poblaciones clave en alto riesgo: todos los programas dirigidos a la población más expuesta, incluidas las actividades de reducción del riesgo o de divulgación (también entre pares), las pruebas y asesoramiento confidencial relacionados con el VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluido el uso de condones, la prevención y el tratamiento de las ITS), y todos los programas dirigidos al desarrollo y adquisición de habilidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por el VIH deberían clasificarse en la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.08 Programas de prevención para los profesionales del sexo y sus clientes; ASC.01.09, Programas para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o ASC.01.10 Programas de reducción del daño para los usuarios de drogas inyectables.*
- Todos los programas dirigidos a otras poblaciones específicas (p. ej. grupos indígenas, poblaciones migrantes/móviles, los militares, la policía y otros servicios uniformados, etc.), incluidas las actividades de reducción del riesgo, divulgación (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y la prevención de la transmisión sexual del VIH (incluidos los preservativos, la prevención y el tratamiento de las ITS) y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.04 Programas de reducción del riesgo para las poblaciones vulnerables y accesibles.*
- Programas dirigidos a la población general: todos los programas dirigidos a la población general, incluidas las actividades de reducción del riesgo, divulgación (también entre pares), asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales del VIH, y prevención de la transmisión sexual del VIH (incluidos los preservativos, la prevención y el tratamiento de las ITS), y los programas sobre el desarrollo y adquisición de capacidades para negociar comportamientos más seguros, cambios en el comportamiento y un compromiso sostenido para prevenir la infección por VIH, deberían codificarse y clasificarse bajo la siguiente categoría de gasto del sida: *ASC.01.01 Comunicación para el cambio social y de comportamiento, ASC.01.02 Movilización comunitaria, ASC.01.03 Pruebas y asesoramiento relativos al VIH, ASC.01.12 Comercialización social de preservativos, ASC.01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, y ASC.01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial.*
- Incentivos para los recursos humanos: estos gastos están dirigidos a garantizar la disponibilidad de los recursos humanos para la respuesta al sida. Los incentivos para los recursos humanos se refieren a la capacitación, retención, empleo y reconocimiento de la actuación de calidad de los trabajadores del sector sanitario y los administradores en el sector del VIH. Por tanto, solo tienen como objetivo incluir

incentivos adicionales para este propósito. El costo directo asociado con los recursos humanos se incluye en los costos de otras categorías de gasto. Por ejemplo, los recursos humanos se cuentan dentro de los costos unitarios de intervenciones de prevención y tratamiento (ASC.01 *Prevención* y ASC.02 *Atención y tratamiento*) y, cuando se refiera a los recursos humanos fuera del punto de entrega de servicios, también se incluirá en el costo del programa también (ASC.04 *Gestión de programas*). Por tanto, el salario de un médico debería asignarse en el marco de las intervenciones programáticas en las que interviene de manera directa. Solo los incentivos monetarios adicionales para que el médico trabaje en una zona geográfica específica o en cuestiones relacionadas con el VIH se clasificarán bajo la categoría ASC.05 *Incentivos para recursos humanos*. Los incentivos para los recursos humanos se refieren principalmente al personal de enfermería y a los médicos.

- En la columna de fuentes privadas correspondiente a empresas, deben figurar los fondos desembolsados en el país por parte de empresas en las distintas categorías y subcategorías de gasto relativo al sida; la columna adyacente, “Fondos de hogares”, debe incluir los fondos desembolsados por personas o familias en las categorías y subcategorías de gasto relativo al sida. (Nota: es probable que la mayor parte de las entradas de esta última columna figure en las categorías y subcategorías de atención y tratamiento y prevención.)
- Si un país dispone de una Cuenta Nacional de Salud (CNS) o un Sistema de Cuentas de Salud (SCS), con una subcuenta del sida, debe utilizar la herramienta “MEGAS-NHA Crosswalk” para rellenar la Matriz de Financiación con los resultados de la subcuenta del sida de la CNS o el SCS. El documento *Linking NASA and NHA/SHA Concepts and Mechanics* (vinculación de los conceptos y mecánicas de MEGAS y CNS/SCS) es una guía completa que muestra cómo hacer coincidir las categorías de gasto de las subcuentas del sida de CNS/SCS con la Matriz de Financiación Nacional. Los países pueden ponerse en contacto con el asesor de información estratégica en su oficina nacional del ONUSIDA, con los asesores de inversión y eficiencia del ONUSIDA en la región, o con la División de Información Estratégica y Supervisión de la en la sede del ONUSIDA en Ginebra.
- Si un país trabaja a partir de una Encuesta de flujo de recursos, tal vez pueda vincular los subtotales de la encuesta con las ocho categorías de gasto relativo al sida de la Matriz de Financiación Nacional.
- Las versiones electrónicas de las publicaciones *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessment* (manual de MEGAS 2009) y *Medición del Gasto en Sida (MEGAS): Clasificación y definiciones* pueden descargarse de la siguiente página del sitio web del ONUSIDA:
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>.
También puede descargarse una versión electrónica de la Matriz de Financiación Nacional en formato Excel del mismo sitio web.
- La Secretaría del ONUSIDA recomienda encarecidamente que el Comité Nacional del Sida, u otro organismo equivalente, organice un taller de un día con las partes interesadas pertinentes para revisar la Matriz de Financiación Nacional antes de enviarla como parte del proceso de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. Entre las partes interesadas pertinentes se incluirán a los ministerios y departamentos gubernamentales federales y provinciales/regionales/estatales, las organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, los organismos multilaterales, los donantes bilaterales, las fundaciones y entidades del sector comercial, así como los representantes de otras iniciativas pertinentes de seguimiento de recursos. .

La Matriz de Financiación Nacional está disponible en el sitio web destinado la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida:

<http://AIDSreportingtool.unaids.org>.

Una vez completada la Matriz de Financiación Nacional, deberá enviarse a través de la herramienta de notificación en línea relativa a los avances en la respuesta al sida.

APÉNDICE 2

Si no tienen acceso a dicha herramienta de notificación en línea, envíen la Matriz de Financiación Nacional por correo electrónico al ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org).

Matriz de Financiación Nacional para 2014

Categorías de gasto relativo al sida	TOTAL (divisa local)	Fuente pública (subtotal)	Central/Nacional	Subnacional	Banco de desarrollo (reembolsable) (p. ej. préstamos)	Seguridad Social	Resto de fuentes públicas	Fuente Internacional	Subtotal	Bilateral	PEPFAR	Bilateral (otro)	Multilateral	Organizaciones de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsable) (p. ej. subvenciones)	Resto de fuentes multilaterales	Resto de fuentes internacionales	Fuente privada (subtotal)	Instituciones/empresas con fines de lucro	Fondos de hogares	Resto de fuentes privadas
TOTAL (divisa local)																						
1. Prevención (subtotal)																						
1.01 Comunicación para el cambio social y comportamental (CCSyC)																						
1.02 Movilización social y de la comunidad																						
1.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)																						
1.04 Reducción del riesgo y actividades de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles																						
1.05 Prevención de jóvenes escolarizados																						
1.06 Prevención de jóvenes no escolarizados																						
1.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)																						
1.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes																						
1.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres																						
1.10 Programa de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables																						
1.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo																						
1.12 Comercialización social de preservativos																						
1.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial																						
1.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial																						
1.15 Microbicidas																						
1.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)																						
1.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil																						
1.18 Circuncisión masculina																						
1.19 Seguridad hematológica																						
1.20 Inyecciones médicas seguras																						
1.21 Precauciones universales																						
1.22 Profilaxis posterior a la exposición																						
1.23 Profilaxis previa a la exposición (nueva categoría en GARPR 2014)																						

Apéndice 3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) de 2014

PAÍS:

Nombre del funcionario del Comité Nacional del Sida encargado de la presentación del ICPN a quien pueden dirigirse dudas, si las hubiera:

Dirección postal:

Tel.:

Fax:

Correo electrónico:

Fecha de presentación:

Instrucciones

El siguiente instrumento mide los avances realizados en materia de desarrollo e implementación de las políticas, estrategias y leyes nacionales sobre el VIH. Es parte integral de la lista de indicadores básicos y debe completarse y presentarse como parte del informe nacional sobre los progresos realizados de 2014.

Esta es la sexta versión del ICPN y la segunda versión revisada desde que la herramienta cambiara su nombre a Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN), en lugar de Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN). El ICPN se ha actualizado desde 2012 cuando se ha considerado oportuno para que refleje la nueva orientación programática relativa al VIH e incluye las preguntas sobre integración del VIH incluidas en el cuestionario especial para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida de 2013 (disponible en la parte A, apartado I). La mayoría de las preguntas son idénticas a las de las rondas de notificación anteriores, lo cual permite realizar un análisis de las tendencias. Se recomienda encarecidamente a los países que lleven a cabo un análisis de tendencias e incluyan una descripción de los avances realizados en materia de: a) desarrollo de las políticas, estrategias y leyes, y b) implementación de las mismas en apoyo a la respuesta nacional al VIH. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre las preguntas que se superponen en las partes A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN, siempre que estén disponibles¹.

I. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El ICPN se divide en dos partes.

Parte A, que se entrega para que respondan los funcionarios gubernamentales.

Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

APÉNDICE 3

VI. Seguimiento y evaluación

Parte B, que se entrega para que respondan los representantes de organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca:

- I. Participación de la sociedad civil
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

Algunas de las preguntas figuran tanto en la parte A como en la parte B para garantizar que se obtienen las opiniones tanto del gobierno nacional como de informantes no gubernamentales, coincidan o no.

En las preguntas que se refieren a las poblaciones clave de mayor riesgo de contraer el VIH (de ahora en adelante denominadas “poblaciones clave”) y a otras poblaciones vulnerables, corresponde la siguiente definición: “Las poblaciones clave se definen como las poblaciones que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH dentro de un contexto epidemiológico definido; como las poblaciones que están situadas en los niveles de riesgo más altos en lo que se refiere a la adquisición y transmisión del virus, y las que tienen una mayor tasa de mortalidad o morbilidad”. El acceso a los servicios suele ser mucho más bajo que el del resto de la población. Según la enfermedad y el país del contexto, algunos grupos de población requerirán atención explícita (por ejemplo, los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y las personas que viven con el VIH). Otros grupos de población que pueden ser vulnerables al VIH son las mujeres y niñas, los clientes de los profesionales del sexo, prisioneros, refugiados, migrantes o poblaciones desplazadas de forma interna, adolescentes y jóvenes, niños vulnerables y huérfanos, personas con discapacidad, minorías étnicas, las personas con ingresos bajos, las personas que viven en entornos rurales o aislados y demás grupos específicos del contexto nacional.

Es importante presentar un ICPN totalmente cumplimentado. Se ruega marcar las respuestas estandarizadas que correspondan y proporcionar información adicional en los cuadros de texto cuando se solicite. Esto facilitará un mejor entendimiento de la situación actual del país, aportará ejemplos de buenas prácticas para que otros aprendan, e identificará algunas cuestiones para seguir mejorando. Las respuestas del ICPN reflejan la ejecución general de las políticas, estrategias, leyes y programas relacionados con la respuesta al VIH. Los cuadros de texto en blanco brindan la oportunidad de comentar cualquier asunto que se considere importante y no se haya tratado lo suficiente en las preguntas estandarizadas (por ejemplo: importantes variaciones subnacionales; nivel de aplicación de las leyes, políticas o regulaciones; notas explicativas; comentarios sobre fuentes de datos, etc.). En general, los proyectos de estrategias, políticas o leyes no se consideran “existentes” (es decir, no ha habido oportunidad aún de que influyan en la ejecución de los programas), de modo que la respuesta a la pregunta de si dichos documentos existen debe ser negativa. No obstante, conviene aclarar en el correspondiente recuadro en blanco que existe una versión preliminar de dichos documentos.

La responsabilidad general de recopilar y presentar la información para el ICPN recae sobre los gobiernos nacionales, por medio de sus Comités Nacionales del Sida (CNS) o equivalentes.

II. PASOS PROPUESTOS PARA LA RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS

El ICPN debe completarse, en la medida de lo posible, durante los tres últimos meses del período de preparación del informe (es decir, entre enero de 2014 y marzo de 2014 para la ronda de notificaciones de 2014). Como es preciso consultar a varias de las partes implicadas, es importante asignar el tiempo adecuado a la recopilación y el proceso de consolidación de datos.

1. Designación de dos coordinadores técnicos (uno para la parte A; otro para la parte B)

Los coordinadores técnicos deben ser los responsables de llevar a cabo el análisis teórico, realizar las entrevistas como es preciso, reunir a las partes interesadas que corresponda, y facilitar la recopilación y consolidación de los datos del ICPN. El coordinador técnico de la parte A será preferiblemente del CNS (o equivalente) y el de la parte B una persona ajena al gobierno (generalmente de la sociedad civil). En la medida de lo posible, es conveniente que ambos posean formación en el campo del seguimiento y la evaluación, conozcan a los actores principales de la respuesta nacional al VIH, y dominen la política nacional y el entorno jurídico.

2. Acuerdo con las partes interesadas sobre la recopilación de datos del ICPN y el proceso de validación

La cumplimentación escrupulosa del ICPN exige la participación de un conjunto de partes interesadas, entre las que deben figurar representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Se recomienda encarecidamente organizar un taller inicial con las partes interesadas clave para acordar el proceso de recopilación de datos del ICPN, lo que incluye los documentos pertinentes para el análisis teórico, los representantes de organizaciones que serán entrevistados, y el proceso que se empleará para determinar las respuestas finales y el calendario.

3. Obtención de datos

Los datos del ICPN presentado deben representar la descripción más reciente de los entornos normativos, estratégicos y jurídicos. Dado que en el proceso participan varias partes interesadas y los datos deben reunirse antes de la presentación oficial al ONUSIDA, es importante conceder el tiempo suficiente para su cumplimentación.

Cada apartado debe completarse mediante la realización de las siguientes tareas:

i) Análisis teórico de los documentos pertinentes.

Conviene, en caso de que no se haya hecho todavía, recopilar todos los documentos básicos (es decir, políticas, estrategias, leyes, directrices, informes, etc.) relativos a la respuesta al VIH en un lugar al que todas las partes interesadas puedan acceder con facilidad (como un sitio web). Eso no solo facilitará la validación de las respuestas del ICPN, sino que además, y lo que es más importante, aumentará la sensibilización acerca de la importancia de estos documentos para la ejecución de la respuesta nacional al VIH y a la larga promoverá su utilización.

ii) Entrevista (u otras formas que resulten eficaces para obtener información) de las personas clave mejor informadas sobre ese tema, incluidas, aunque no solamente, las siguientes:

- *Para los apartados "plan estratégico" y "apoyo político"*: el director o subdirector del Programa Nacional del Sida o del Comité Nacional del Sida (o equivalente), los responsables del Programa Provincial y de Distrito del Sida (o niveles descentralizados equivalentes).
- *Para el apartado de "seguimiento y evaluación"*: funcionarios de seguimiento y evaluación del Comité Nacional del Sida (o equivalente), del Ministerio de Salud, coordinadores en materia del VIH de otros ministerios y el grupo técnico de trabajo nacional de seguimiento y evaluación.
- *Para las cuestiones relacionadas con los derechos humanos*: funcionarios del Ministerio de Justicia y comisionados de derechos humanos para las preguntas de la parte A; representantes de las organizaciones/redes de derechos humanos y otras organizaciones de la sociedad civil, incluidos representantes de redes de personas que viven con el VIH y de poblaciones clave y otros grupos de población vulnerables, y centros/instituciones de ayuda jurídica que trabajan en el campo del VIH para las preguntas de la parte B.
- *Para el apartado de "participación de la sociedad civil"*: representantes clave de organizaciones importantes de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH. Eso incluye concretamente a representantes de las redes de personas que viven con el VIH, de los grupos de población más expuestos y de otros grupos de población vulnerables.

APÉNDICE 3

- *Para los apartados “prevención” y “tratamiento, atención y apoyo”:* Ministerios y principales organismos y organizaciones de ejecución que trabajan en este campo, incluidas las organizaciones no gubernamentales y las redes de personas que viven con el VIH.

Obsérvese que a las personas entrevistadas no se les pide que proporcionen su opinión personal, sino su opinión en calidad de representantes de sus instituciones o distritos.

4. Validación, análisis e interpretación de los datos

Una vez rellenado todo el ICPN, los coordinadores técnicos deberán revisar cuidadosamente todas las respuestas para determinar si hacen falta consultas adicionales o la revisión de más documentos.

Es importante analizar los datos de cada uno de los apartados del ICPN e incluir una reseña en el Informe nacional sobre los progresos realizados en materia de desarrollo de políticas/estrategias y ejecución de los programas para contener la epidemia de VIH del país. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos/discrepancias entre las preguntas que se superponen en la parte A y la parte B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN, siempre que estén disponibles.

Se recomienda encarecidamente organizar un taller final con las partes interesadas fundamentales para presentar, debatir y validar las respuestas del ICPN y la reseña con las conclusiones antes de la presentación oficial. Se prevé que se invite a participar a los representantes de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH, entre los que se incluyen, en concreto, representantes de las redes de personas que viven con el VIH, de las poblaciones clave y de otros grupos de población vulnerables. También es importante que las personas con conocimientos especializados sobre género y experiencia con poblaciones clave estén involucradas en el proceso de revisión y validación. Idealmente, en el taller se revisarán, en la medida de lo posible, los resultados de la última ronda de elaboración del informe, se hará hincapié en los cambios que se hayan producido desde entonces y se centrará en la validación de los datos del ICPN. La coherencia de los datos finales del ICPN no supone la eliminación de las discrepancias, si las hubiera, entre las preguntas que se superponen en las partes A y B; simplemente supone que, cuando las perspectivas de los informantes difieran, concuerden las respuestas de la parte A por un lado, de la parte B por otro, y ambas sean presentadas. Si no hay mecanismos establecidos, el taller puede constituir también una buena oportunidad para plantear una mayor colaboración entre las partes interesadas que corresponda a fin de abordar las principales deficiencias detectadas durante el proceso del ICPN.

5. Entrada y presentación de datos

El ICPN final debe presentarse antes del 31 de marzo de 2014 mediante la herramienta informática disponible para tal fin en el sitio web dedicado al envío de informes mundiales sobre los progresos en la lucha contra el sida (www.unaids.org/AIDSReporting). Si no fuera posible, debe presentarse antes del 15 de marzo de 2014 el cuestionario completo en versión electrónica como apéndice del Informe nacional sobre los progresos realizados para que los datos puedan introducirse manualmente en Ginebra.

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

Proceso de recopilación y validación de datos

Describa el proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN:

Describa el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas:

Destaque las cuestiones, en caso de haberlas, relacionadas con los datos finales del ICPN presentados (como la calidad de los datos, posibles interpretaciones equívocas de las preguntas o puntos similares):

Entrevistados para el ICPN

[Indique los datos de **todos** los entrevistados cuyas respuestas se han compilado para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añada tantas filas como sean necesarias]

ICPN: PARTE A [para que respondan los funcionarios gubernamentales]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la parte A [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI

Agregue detalles de cada entrevistado.

ICPN: PARTE B

[para que respondan las organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la parte B [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V

Agregue detalles de cada entrevistado.

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

Parte A

[para que respondan los funcionarios gubernamentales]

I. PLAN ESTRATÉGICO

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2)

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el período cubierto *[especificar]*:

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior.

SI LA RESPUESTA ES “NO” O “NO CORRESPONDE”, explique brevemente los motivos.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, responda las preguntas 1.1 a 1.10; **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA**, pase a la pregunta 2.

1.1. ¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

Nombre de los ministerios u organismos gubernamentales *[especificar]*:

APÉNDICE 3

1.2. ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a las actividades?

SECTORES	Incluido en la estrategia		Presupuesto asignado	
	Sí	No	Sí	No
Educación	Sí	No	Sí	No
Salud	Sí	No	Sí	No
Trabajo	Sí	No	Sí	No
Ejército/Policia	Sí	No	Sí	No
Bienestar social ²	Sí	No	Sí	No
Transporte	Sí	No	Sí	No
Mujeres	Sí	No	Sí	No
Jóvenes	Sí	No	Sí	No
Otros [especificar]:	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No

Si NO hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para garantizar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector

1.3. ¿Está la estrategia multisectorial dirigida a las siguientes poblaciones clave/otras poblaciones vulnerables, entornos y asuntos interrelacionados?

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES		
Parejas discordantes	Sí	No
Ancianos	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables ³	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No

Jóvenes	Sí	No
Otras subgrupos de población vulnerables específicos ⁴	Sí	No
ENTORNOS		
Prisiones	Sí	No
Escuelas	Sí	No
Lugares de trabajo	Sí	No
ASUNTOS INTERRELACIONADOS		
Tratamiento del estigma y la discriminación	Sí	No
Empoderamiento o igualdad de género	Sí	No
VIH y pobreza	Sí	No
Protección de los derechos humanos	Sí	No
Participación de las personas que viven con el VIH	Sí	No

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA,, explique cómo se identificó a las poblaciones clave

1.4. ¿Cuáles son las poblaciones clave y los grupos vulnerables a los que van destinados los programas nacionales del VIH?

Personas que viven con el VIH	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Población reclusa	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otras poblaciones clave/subgrupos de población vulnerables específicos [especificar]:	Sí	No

1.5. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, la policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.)?

Sí	No
----	----

APÉNDICE 3

1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Sí	No
----	----

1.7. ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

a)	objetivos formales del programa?	Sí	No	N/C
b)	metas o hitos claros?	Sí	No	N/C
c)	un desglose de los costos de cada área	Sí	No	N/C
d)	una indicación de las fuentes de financiación para apoyar la ejecución del programa?	Sí	No	N/C
e)	un marco de seguimiento y evaluación?	Sí	No	N/C

1.8. ¿Ha garantizado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil⁵ en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

Participación activa	Participación moderada	No Participación
----------------------	------------------------	------------------

SI LA PARTICIPACIÓN ES ACTIVA, explique brevemente cómo se organizó:

--

SI LA PARTICIPACIÓN ES NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:

--

1.9. ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

Sí	No	N/C
----	----	-----

1.10. ¿Han ajustado y armonizado los asociados para el desarrollo externos sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
----------------------------	--------------------------	----	-----

SI LO HAN HECHO ALGUNOS o NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste/armonización y por qué:

2.1. ¿Ha integrado el país el VIH en alguno de los siguientes planes de desarrollo específicos?

PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS			
Evaluación común para el país/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Sí	No	N/C
Plan de desarrollo nacional	Sí	No	N/C
Estrategia de lucha contra la pobreza	Sí	No	N/C
Plan estratégico nacional de protección social	Sí	No	N/C
Enfoque multisectorial	Sí	No	N/C
Otros [especificar]:	Sí	No	N/C
	Sí	No	N/C

2.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más planes de desarrollo?

ÁREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL O LOS PLANES DE DESARROLLO			
Eliminación de las leyes punitivas	Sí	No	N/C
Alivio del impacto del VIH (incluida la atención paliativa para adultos y niños)	Sí	No	N/C
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención o apoyo relativos al VIH	Sí	No	N/C
Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención o apoyo relativos al	Sí	No	N/C

APÉNDICE 3

VIH			
Reducción del estigma y la discriminación	Sí	No	N/C
Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la protección social u otros planes)	Sí	No	N/C
Empoderamiento económico de las mujeres (p. ej. acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	Sí	No	N/C
Otros [especificar]:	Sí	No	N/C

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

Sí	No	N/C
----	----	-----

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala del 0 al 5 (donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”), ¿en qué grado ha incidido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

4. ¿Cuenta el país con un plan para el fortalecimiento de los sistemas de salud?

¿Sí?
Incluya información sobre cómo esto ha impactado en las infraestructuras relacionadas con el VIH, en los recursos humanos y capacidades, y en los sistemas logísticos de suministro de fármacos:

5. ¿Hay centros de salud que facilitan servicios para el VIH incorporados a otros servicios sanitarios?

Área	Muchos	Pocos	Ninguno
a) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para la salud sexual y reproductiva			
b) Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis			
c) Asesoramiento y pruebas del VIH y atención extrahospitalaria general			
d) Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no transmisibles			

e) Terapia antirretrovírica y tuberculosis			
f) Terapia antirretrovírica y atención extrahospitalaria general			
g) Terapia antirretrovírica y enfermedades crónicas no transmisibles			
h) PTMI y servicios de asistencia prenatal/servicios para la salud materna e infantil			
i) Otros comentarios relacionados con la integración del VIH:			

6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el VIH y el sida y demuestran su liderazgo a través de varias formas: la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas relacionados con el VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas relacionados con el VIH.

1. ¿Los siguientes altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales, al menos dos veces al año?

A. Ministros del gobierno

Sí	No
----	----

B. Otros altos cargos a nivel subnacional

Sí	No
----	----

1.1. En los últimos 12 meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?

(Por ejemplo, prometió más recursos para rectificar los puntos débiles identificados en la respuesta al VIH, habló del VIH como un tema que concierne a los derechos humanos en un foro nacional/internacional, o llevó a cabo actividades como visitar un centro de tratamiento del VIH, etc.)

Sí	No
----	----

Describe brevemente algún ejemplo de una ocasión en la que el presidente u otro alto cargo haya demostrado su liderazgo:

2. ¿Dispone el país de un órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente (Consejo Nacional del Sida o equivalente)?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente por qué no, y cómo se gestionan los programas del VIH:

--

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:		
¿Tiene términos de referencia?	Sí	No
¿Cuenta con el liderazgo y la participación activos del gobierno?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿cómo se llama y qué cargo tiene?		
¿Tiene un presidente oficial?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿cuántos miembros lo componen?		
¿Tiene una composición definida?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿a cuántos?		
¿Incluye a representantes de la sociedad civil?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿a cuántas?		
¿Incluye a las personas que viven con el VIH?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿a cuántas?		
¿Incluye al sector privado?	Sí	No
¿Refuerza la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Sí	No

3. ¿Cuenta el país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas/estrategias relativos al VIH?

Sí	No	N/C
----	----	-----

APÉNDICE 3

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

4. **¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?**

	%
--	---

5. **¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional de Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?**

Desarrollo de las capacidades	Sí	No
Coordinación con otros asociados de ejecución	Sí	No
Información sobre las necesidades prioritarias	Sí	No
Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros	Sí	No
Orientación técnica	Sí	No
Otro [especificar a continuación]:	Sí	No

6. **¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas nacionales de control del sida?**

Sí	No
----	----

6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa cómo se enmendaron las políticas/leyes

Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

APÉNDICE 3

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan de forma específica a poblaciones clave determinadas y a otros grupos vulnerables? Rodee “Sí” si la política se refiere específicamente a alguna de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Población reclusa	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otros grupos vulnerables específicos [especificar]:	Sí	No

1.2. ¿Dispone el país de una ley general contra la discriminación (es decir, distinta de la discriminación relacionada con el VIH específicamente)?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1. o 1.2, describa brevemente el contenido de la ley o las leyes:

--

Comente brevemente qué mecanismos están en marcha para garantizar la implementación de estas leyes:

--

APÉNDICE 3

Comente brevemente en qué grado se están aplicando actualmente:

2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos⁶a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?

Sí	No
----	----

<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?</i>		
Personas que viven con el VIH	Sí	No
Ancianos	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Población reclusa	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otros grupos vulnerables específicos ⁷ [especificar a continuación]:	Sí	No

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

IV. PREVENCIÓN

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

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?		
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	Sí	No
Práctica de relaciones sexuales (más) seguras	Sí	No
Combatir la violencia contra las mujeres	Sí	No
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	Sí	No
Mayor participación de los hombres en programas de salud reproductiva	Sí	No
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	Sí	No
Circuncisión masculina bajo supervisión médica	Sí	No
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	Sí	No
Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres	Sí	No
Reducción del número de parejas sexuales	Sí	No
Uso agujas y jeringas limpias	Sí	No
Uso sistemático del preservativo	Sí	No
Otros [especificar a continuación]:	Sí	No

- 1.2. ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?

Sí	No
----	----

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación de los jóvenes sobre el VIH en base a la preparación para la vida?

Sí	No
----	----

2.1.

¿Forma parte el VIH del plan de estudios de:		
las escuelas primarias?	Sí	No
las escuelas secundarias?	Sí	No
la formación de maestros?	Sí	No

2.2. ¿Proporciona la estrategia

a) *elementos relacionados con la salud sexual y reproductiva adecuados a la edad?*

Sí	No
----	----

b) *elementos relacionados con la salud sexual y reproductiva que tienen en cuenta las cuestiones de género?*

Sí	No
----	----

2.3. ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?

Sí	No
----	----

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para los subgrupos de población clave u otros subgrupos de población vulnerables?

Sí	No
----	----

Describe brevemente el contenido de esta política o estrategia

APÉNDICE 3

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?

Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia

	UDI ⁸	HSH ⁹	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales	Población reclusa	Otras poblaciones ¹⁰ [especificar]
Promoción del preservativo						
Terapia de sustitución de drogas						
Asesoramiento y pruebas del VIH						
Intercambio de jeringas y agujas						
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual						
Reducción del estigma y la discriminación						
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH						
Reducción de la vulnerabilidad (p. ej. generación de ingresos)						

3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?</i>

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles son dichas necesidades específicas?

4.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica	1	2	3	4	N/C
Promoción del preservativo	1	2	3	4	N/C
Apoyo económico, p. ej. transferencias de dinero en efectivo	1	2	3	4	N/C
Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables	1	2	3	4	N/C

APÉNDICE 3

Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	1	2	3	4	N/C
IEC ¹¹ sobre reducción del riesgo	1	2	3	4	N/C
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación	1	2	3	4	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	1	2	3	4	N/C
Prevención para las personas que viven con el VIH ¹²	1	2	3	4	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	1	2	3	4	N/C
Reducción de la violencia de género	1	2	3	4	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	1	2	3	4	N/C
El tratamiento como prevención	1	2	3	4	N/C
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	1	2	3	4	N/C
Otros <i>[especificar]</i> :	1	2	3	4	N/C

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales de un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

--

Describa brevemente cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH

--

- 1.1. ¿En qué grado se están ejecutando los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3	4	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	3	4	N/C
Apoyo económico	1	2	3	4	N/C
Atención y apoyo centrados en la familia	1	2	3	4	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el	1	2	3	4	N/C

APÉNDICE 3

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)					
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Atención nutricional	1	2	3	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	4	N/C
Atención paliativa para niños y adultos	1	2	3	4	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p. ej. agresión sexual)	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH	1	2	3	4	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	1	2	3	4	N/C
Gestión de la infección transmitida por vía sexual	1	2	3	4	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	3	4	N/C
Otros <i>[especificar]</i> :	1	2	3	4	N/C

2. ¿Dispone el gobierno de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas seropositivas?

Sí	No
----	----

Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:¹³

--

3. ¿Dispone el país de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?

Sí	No
----	----

4. ¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos y medicamentos de sustitución?

Sí	No	N/C
----	----	-----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué tipo de materias?

--

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

--

APÉNDICE 3

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

6. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No	N/C
----	----	-----

6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe en el país una definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí	No
----	----

6.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No
----	----

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

<i>Desde 2011</i> , ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de seguimiento y evaluación (SyE) para el VIH?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describe brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:

1.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, años cubiertos [especificar]:

1.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿han ajustado y armonizado los asociados clave sus requisitos sobre SyE (incluidos los indicadores) con el plan nacional de SyE?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
-------------------------	-----------------------	----	-----

Describe brevemente cuáles son los problemas:

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

Una estrategia de recopilación de datos	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿comprende dicha estrategia:		
encuestas del comportamiento?	Sí	No
evaluación/estudios de investigación?	Sí	No

vigilancia de la resistencia a los fármacos para el VIH?	Sí	No
vigilancia del VIH?	Sí	No
un seguimiento sistemático del programa?	Sí	No
Una estrategia de análisis de datos	Sí	No
Una estrategia de divulgación y uso de los datos	Sí	No
Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (si corresponde)	Sí	No
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos	Sí	No

3. ¿Existe un presupuesto para la implementación del plan de SyE?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de SyE en el presupuesto?

%

4. ¿Hay una unidad funcional de SyE en el país?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describe brevemente los problemas encontrados:

4.1. ¿Dónde está ubicada la unidad nacional de SyE?

¿En el Ministerio de Sanidad?	Sí	No
¿En la Comisión Nacional del Sida (o equivalente)?	Sí	No
¿En otro lugar? <i>[especificar]</i>	Sí	No

APÉNDICE 3

4.2. ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la unidad nacional de SyE?

CARGO [especificar cargo en los espacios a continuación]	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
Empleados permanentes [añada los que sean necesarios]			
	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
Empleados temporales [añada los que sean necesarios]			

4.3. ¿Hay algún mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de SyE a la unidad de SyE para incluirlos en el sistema nacional de SyE?

Sí	No
----	----

Describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

--

¿Cuáles son las principales dificultades?

--

5. ¿Hay un comité o grupo de trabajo nacional sobre SyE que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de SyE?

6. ¿Hay una base de datos nacional centralizada con datos relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona.

--

6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?

Sí, con todo lo anterior	Sí, pero solo con algunas cosas	No, con nada de lo anterior
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

APÉNDICE 3

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero solo con algunas de las cosas, ¿qué tipo de información incluye?

--

6.2. ¿Existe un sistema de información de salud funcional¹⁴?

A nivel nacional	Sí	No
A nivel subnacional	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , ¿a qué nivel(es)? <i>[especificar]</i> :		

7.1. ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?

Estimaciones de necesidades futuras y actuales	Solo estimaciones de necesidades futuras	No
--	--	----

7.2. ¿Se hace un seguimiento de la cobertura del programa del VIH?

Sí	No
----	----

a) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, ¿se hace un seguimiento de la cobertura por sexo (masculino, femenino)?

Sí	No
----	----

b) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, ¿se hace un seguimiento de la cobertura por sectores de población?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué sectores de la población?

--

Explique brevemente cómo se usa esta información:

--

c) ¿Se hace un seguimiento de la cobertura por zona geográfica?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

--

Explique brevemente cómo se usa esta información:

--

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de SyE sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Sí	No
----	----

APÉNDICE 3

9. ¿Cómo se usan los datos de SyE?

¿Para la mejora del programa?	Sí	No
¿Para el desarrollo/la revisión de la repuesta nacional al VIH?	Sí	No
¿Para la asignación de recursos?	Sí	No
Otros usos <i>[especificar]</i> :		

Proporcione brevemente ejemplos específicos del uso de los datos de SyE, y los principales problemas relacionados, si hay alguno:

--

10. En el último año, ¿se llevó a cabo la capacitación en SyE

a nivel nacional?	Sí	No
SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , indique el número de personas capacitadas:		
a nivel subnacional?	Sí	No
SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , indique el número de personas capacitadas:		
a nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?	Sí	No
SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , indique cuántos.		

10.1 ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de las capacidades de SyE, además de la capacitación?

Sí	No
----	----

SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa qué tipo de actividades

--

11. En general, en una escala del 0 al 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de seguimiento y evaluación del programa del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)

Parte B

[para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas]

I. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL¹⁵

1. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

2. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p. ej. asistiendo a reuniones de planificación y revisando borradores)?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

3. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en:

a) *la estrategia nacional del VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b) *el presupuesto nacional relacionado con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

c) *los informes nacionales del VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

--

4. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de SyE de la respuesta al VIH?

a) *¿En el desarrollo del plan nacional de SyE?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

APÉNDICE 3

b) ¿Participa en el comité nacional de SyE/en el grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de SyE?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

c) ¿Participa en el uso de datos para la toma de decisiones?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

--

5. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) la representación de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye organizaciones distintas (p. ej. organizaciones y redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, de organizaciones comunitarias y de organizaciones religiosas)?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

--

6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “bajo” y 5 es “alto”) puede acceder la sociedad civil al:

a) *apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b) *apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

Prevención para las poblaciones clave				
Personas que viven con el VIH	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Usuarios de drogas inyectables	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Profesionales del sexo	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Personas transgénero	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención				
Atención paliativa	< 25%	25-50%	51-75%	> 75%
Asesoramiento y pruebas	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Campañas "conozca sus derechos"/servicios jurídicos	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Reducción del estigma y la discriminación	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Servicios clínicos (Terapia	<25%	25-50%	51-75%	>75%

APÉNDICE 3

antirretrovírica/IO)*				
Atención domiciliaria	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programas para HNV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

* IO= Infecciones oportunistas

** HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables

8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

1. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave u otros subgrupos de población vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha sucedido:

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan específicamente a poblaciones clave y a otros subgrupos vulnerables? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Población reclusa	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otros grupos vulnerables específicos <i>[especificar]</i> :	Sí	No

1.2. ¿Dispone el país de una ley general contra la discriminación (es decir, distinta de la discriminación relacionada con el VIH específicamente)?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1 o 1.2, describa brevemente el contenido de la ley o las leyes:

Explique brevemente los mecanismos establecidos para garantizar la aplicación de dichas leyes:

--

Comente brevemente en qué grado se están aplicando actualmente:

--

2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos¹⁶ a la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí	No
----	----

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué grupos?

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	No
Personas con discapacidad	Sí	No
Usuarios de drogas inyectables	Sí	No
Población reclusa	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Personas transgénero	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otros grupos vulnerables específicos ¹⁷ [especificar]:	Sí	No

APÉNDICE 3

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

--

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

--

3. **¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?**

Sí	No
----	----

Describa brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere.

--

4. **¿Se menciona explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y la protección de los derechos humanos?**

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo se mencionan los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:

--

5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:

--

6. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie (rodee "Sí" o "No" según corresponda).

	Se facilitan gratis a todas las personas del país		Se facilitan gratis a algunas personas del país		Se facilitan, pero hay que pagar	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Tratamiento antirretrovírico	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Servicios de prevención del VIH ¹⁸	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Intervenciones de atención y apoyo relacionadas con el VIH	Sí	No	Sí	No	Sí	No

APÉNDICE 3

Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios.

--

7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que garantice a hombres y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

7.1. En concreto, ¿dispone el país de una política o estrategia que garantice el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y del parto?

Sí	No
----	----

8. ¿Dispone el país de una estrategia o política que garantice a las poblaciones clave o a otros grupos vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:

--

8.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye esta política/estrategia diferentes tipos de enfoques que garanticen la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones clave u otros grupos vulnerables?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que garantizan la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

--

9. ¿Dispone el país de una política o ley que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de la política o ley:

--

10. ¿Dispone el país de los siguientes mecanismos de seguimiento que garanticen el respeto de los derechos humanos?

a) *Existencia de instituciones nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo, que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.*

Sí	No
----	----

b) *Indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH.*

Sí	No
----	----

APÉNDICE 3

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:

--

11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de capacitación o de desarrollo de las capacidades?

a) Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)¹⁹

Sí	No
----	----

b) Programas para los encargados de hacer cumplir la ley y los miembros del sistema judicial²⁰ sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo

Sí	No
----	----

12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

a) Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

Sí	No
----	----

b) Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la Universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

Sí	No
----	----

13. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?		
Programas para los trabajadores de la atención sanitaria	Sí	No
Programas para los medios de comunicación	Sí	No
Programas en el lugar de trabajo	Sí	No
Otros [especificar]:	Sí	No

14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones existentes para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

15. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

APÉNDICE 3

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

IV. PREVENCIÓN

1. ¿Ha identificado el país las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles son dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles son dichas necesidades específicas?

1.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica	1	2	3	4	N/C
Promoción del preservativo	1	2	3	4	N/C
Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	1	2	3	4	N/C

APÉNDICE 3

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
IEC ²¹ sobre reducción del riesgo	1	2	3	4	N/C
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación	1	2	3	4	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	1	2	3	4	N/C
Prevención para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	1	2	3	4	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	1	2	3	4	N/C
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	1	2	3	4	N/C
Otros [especificar]:	1	2	3	4	N/C

2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales de un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:

Describa brevemente cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH

- 1.1. ¿En qué grado se están ejecutando los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3	4	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	3	4	N/C

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Atención nutricional	1	2	3	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	4	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p. ej. agresión sexual)	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH	1	2	3	4	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	1	2	3	4	N/C
Gestión de la infección transmitida por vía sexual	1	2	3	4	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	3	4	N/C
Otros [especificar]:	1	2	3	4	N/C

APÉNDICE 3

1.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No
----	----

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe en el país una definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí	No
----	----

2.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No
----	----

3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

Apéndice 4. Ejemplo de lista de comprobación para el informe nacional sobre los progresos realizados

- Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos la secuencia temporal e hitos, y las funciones de los CNS, los órganos gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados pertinentes.
- Se ha garantizado la financiación para todos los aspectos de la presentación del informe.
- Se ha establecido el proceso de compilación, investigación y análisis de datos, incluidos:
 - La identificación de los instrumentos y fuentes pertinentes (incluido el programa Spectrum) para la recopilación de los datos relativos a cada indicador.
 - El calendario de recopilación de datos acorde con otros esfuerzos de obtención de datos, incluidos aquellos que proceden de órganos de financiación tales como el Fondo Mundial, el PEPFAR y los organismos de las Naciones Unidas.
 - El calendario de notificación de los indicadores basados en los centros, para agruparlos a nivel nacional.
 - Examen de datos y talleres de triangulación para llegar a un consenso sobre el valor correcto para cada indicador.
- Se han establecido los protocolos para el procesamiento y gestión de los datos, incluidos:
 - El cribado y validación de los datos básicos.
 - Una base de datos a efectos de análisis y generación de informes.
- Se han analizado los datos relevantes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional.
- Se ha llegado a un consenso con las partes interesadas, incluidos los órganos gubernamentales y la sociedad civil, sobre el informe final que se presentará.
- Se han introducido los datos y se ha adjuntado un informe descriptivo en la herramienta de presentación de informes en línea antes del 31 de marzo de 2014
- Se han respondido las preguntas relacionadas con los datos (enviadas desde AIDSreporting@unaids.org o directamente en la herramienta de presentación de informes en línea).

Apéndice 5. Bibliografía seleccionada

ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2013) *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2011) *Securing the future today – Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People*; Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Ginebra: ONUSIDA.

OMS (2013) *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH*. Ginebra: OMS.

UNICEF (2013) *El Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York: UNICEF.

UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. Nueva York: UNICEF.

Apéndice 6. Indicadores de la circuncisión masculina

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

1.22 Proporción de hombres circuncidados

Porcentaje de varones de 15 a 49 años circuncidados

Qué mide

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

Justificación

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

Numerador: Número de varones entrevistados con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que afirman estar circuncidados.

Denominador: Número total de varones entrevistados de 15 a 49 años

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medición: Encuestas de base demográfica (encuestas demográficas y de salud, de indicadores del sida, de indicadores múltiples por conglomerados, u otras encuestas representativas)

Frecuencia de medición: Cada 3-5 años

Desglose:

- Edad 15-19, 20-24 y 25-49 años
- Fuente/persona que realiza la circuncisión: sistema sanitario formal o tradicional

APÉNDICE 6

Puntos fuertes y débiles

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

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

Más información

Para obtener más información sobre circuncisión masculina, consulte:

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

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Número de circuncisiones masculinas

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

Qué mide

Los progresos logrados en mejorar los servicios de circuncisión masculina.

Justificación

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

Numerador: Número de varones circuncidados durante los últimos 12 meses conforme a los estándares nacionales

Denominador: No corresponde

Método de medición: Historiales del centro sanitario y formularios de registro

Frecuencia de medición: Anual

Desglose:

- Edad: <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, y 50+ años

Puntos fuertes y débiles

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

Se recomiendan los siguientes desgloses a nivel nacional:

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

Cuando el número de circuncisiones masculinas se desglosa por estado serológico respecto al VIH y por edad, será posible determinar el impacto de los programas de circuncisión masculina en la incidencia del VIH

APÉNDICE 6

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

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

Más información

Para obtener más información sobre circuncisión masculina, consulte:

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

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

Apéndice 7. Recopilación de datos geográficos de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación

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

Introducción de datos espaciales en los sistemas de vigilancia y SyE

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

En numerosas aplicaciones de vigilancia, la representatividad geográfica determina la escala de utilización de los datos. Por ejemplo, las encuestas demográficas suelen ser representativas de las poblaciones de la provincia. Los datos de vigilancia centinela de centros de asistencia prenatal están a menudo vinculados a centros de salud específicos o, excepcionalmente, a un grupo de centros de salud rurales. La ubicación geográfica del centro o grupos de centros de asistencia prenatal debería agregarse a los datos de prevalencia del VIH de dichos centros. Habida cuenta de que los sistemas de vigilancia están en fase de transición hacia el uso de datos sobre prevalencia del VIH generados por programas de PTMI, los datos relativos a la prevalencia deberían ir acompañados de la ubicación geográfica de los centros de PTMI. Los datos de vigilancia centinela correspondientes a las poblaciones clave (p. ej. los recopilados a través de encuestas bioconductuales integradas) pueden localizarse en la instalación central donde se ha realizado la vigilancia (p. ej. cuando se utiliza un muestreo dirigido por los propios encuestados, o la vigilancia se realiza a nivel de centros), o en el mismo lugar en que se encuentren los encuestados durante la vigilancia (p. ej. cuando se utiliza un muestreo basado en el tiempo y la ubicación).

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

APÉNDICE 7

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

Normas relativas a los datos espaciales y metadatos

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

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

Identificación única de las personas

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

Herramientas geoespaciales

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

PARTE 2

**GUÍA SOBRE LOS INDICADORES
PARA LA VIGILANCIA Y
NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA
DEL SECTOR DE LA SALUD A LA
INFECCIÓN POR EL VIH**

2014

Siglas

ARV	antirretroviral
AU	acceso universal (en algunos casos puede verse también UA por la sigla en inglés)
GARPR	Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (del inglés <i>Global AIDS Response Progress Reporting</i>)
ITS	infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos) para el Alivio del Sida
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
TAR	tratamiento antirretroviral
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	6
Apoyo técnico e información de contacto para preguntas.....	8
Agradecimientos.....	8
II. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES.....	9
Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015.....	13
Pruebas de detección del VIH y orientación conexas	13
1.16 Número de mujeres y hombres mayores de 15 años a los que se les realizó la prueba de detección del VIH, recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	13
1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (nuevo)	14
Infecciones de transmisión sexual.....	15
1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis	15
1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis.....	16
1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento.....	18
1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa.....	19
1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa.....	20
1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses.....	21
1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses ..	22
1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	23
1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses	24
1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los 12 últimos meses	25
1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para la sífilis.....	26
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables para el 2015	27
2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	27
2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos:	28
- Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas.....	28
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida	30
3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).....	30

3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses.....	34
3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida)	39
3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida	41
3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.....	46
Notas para la herramienta de notificación	46
Sírvase notificar el número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.	46
Sírvase tomar nota de que debe contarse el número de personas y no el número de asistencias, es decir, si una mujer acude a tres consultas en un centro de atención prenatal sólo debe contarse una vez.....	46
Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o los establecimientos, o si el número representa muchas consultas en lugar de "al menos una consulta"), por favor haga alguna observación sobre la representatividad del número que está notificando.	46
3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que interrumpieron el embarazo (EURO8)	47
3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9).....	47
3.12.1 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH ("recién nacidos expuestos al VIH") en el 2012 (o los datos más recientes de los que se disponga).....	49
3.12.2 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH, clasificadas como con estado serológico indeterminado (es decir, mujeres cuyo seguimiento no fue posible, que fallecieron antes del diagnóstico definitivo o con resultados de laboratorio indeterminados)	49
3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	49
3.12.4 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) que recibieron un diagnóstico negativo del VIH	49
3.13 Indicador específico para EURO sobre la prevención de la transmisión materno-infantil (embarazadas que consumen drogas inyectables).....	50
3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables (EURO11)	50
3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)	50
3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil durante el embarazo (EURO13)	51
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para el 2015.....	53
4.1 Porcentaje de adultos y niños que actualmente están recibiendo tratamiento antirretroviral	53
4.2 Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral ..	55
a) 12 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2013.....	55

b) 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011.....	55
c) 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008.....	55
4.2.1 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables seropositivos para el VIH que siguen con vida y en tratamiento a los a) 12 meses, b) 24 meses y c) 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)	57
4.3a Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral	59
4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario.....	63
4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento antirretroviral	65
4.7 Supresión viral	66
Objetivo 5. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH para el 2015	69
5.2 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa (nuevo).....	69
5.3 Porcentaje de adultos y niños que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	71
5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta.....	73
Preguntas de política	76
Apéndice 1. Indicadores de la coinfección por VIH y hepatitis (EURO).....	83
Apéndice 2. Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y sida (OPS)	87

I. INTRODUCCIÓN

A medida que los países amplían sus programas nacionales de lucha contra el VIH/sida para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con esta infección, cada vez es más importante fortalecer la información estratégica sobre la epidemia y las respuestas nacionales a fin de fundamentar las políticas y los programas, mejorar la eficacia de las intervenciones y promover la rendición de cuentas.

En el plano internacional, desde la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2006 la OMS está comprometida a vigilar y notificar anualmente los avances mundiales en relación con las respuestas del sector de la salud de los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con la infección por el VIH.¹ La OMS colabora con el UNICEF y el ONUSIDA para armonizar la vigilancia y la notificación de la respuesta del sector de la salud a la infección por VIH y sida a fin de lograr el acceso universal a escala mundial. Este trabajo conjunto de los asociados de las Naciones Unidas tiene por objeto armonizar la recogida de datos y minimizar la carga que supone la notificación para los países.

Con el fin de recopilar datos de los países, la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF han concebido una herramienta conjunta de notificación en línea que puede consultarse, junto con orientación sobre los indicadores del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (GARPR, por su sigla en inglés) y los indicadores del sector de la salud para el acceso universal, en el sitio www.unaids.org/AIDSReporting.

En esta parte de la Guía se explican con detalle los indicadores del sector de la salud que no se describen en el Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida. También puede utilizarse, junto con otros datos, para vigilar la respuesta del sector de la salud a escala nacional, a fin de examinar los avances. En resumen:

- **Notificación mundial:** Esta parte de la guía complementa la publicación *Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013. Directrices. Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2011*. El proceso general de presentación de informes de país recomendado se describe en detalle en las directrices mencionadas.² La finalidad de este apartado es apoyar y facilitar la recopilación de datos mediante la herramienta conjunta de notificación en línea; se centra principalmente en los indicadores que se agregaron a la notificación del sector de la salud correspondiente al 2014 y que no forman parte de los indicadores de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida. La herramienta electrónica de recopilación de datos, distribuida a todos los países, es el instrumento principal que permite la notificación mundial anual sobre los progresos realizados por el sector de la salud para lograr el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH.
- **Vigilancia a escala nacional:** Esta guía también puede utilizarse para la vigilancia a escala nacional de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH, ya que puede adaptarse a la situación de la epidemia cada país. Por ejemplo, los países deben elegir indicadores que permitan el seguimiento de sus propios objetivos establecidos a nivel nacional. Asimismo, pueden añadir o eliminar algunos indicadores, en función de la importancia de las áreas de intervención para la epidemia nacional.

¹ VIH/SIDA. Contribución de la OMS al acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención contra el VIH/SIDA. Informe de la Secretaría. Ginebra, OMS, 2006.

² Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH/SIDA, Nueva York, Naciones Unidas, 2006.

Descripción de los indicadores de esta guía

La descripción de los indicadores sigue este formato:

El número de indicador corresponde a su número en la herramienta de notificación del acceso universal (GARPR/UA) del 2014

Número utilizado en la herramienta del año pasado

X. TÍTULO DEL INDICADOR (# y.y)	
Fundamento	¿Por qué es importante este indicador?
Lo que mide	Los aspectos que evalúa el indicador
Numerador	Definición del numerador
Denominador	Definición del denominador (deben especificarse las fuentes de información: en el caso de algunos indicadores, solo es posible o necesario proporcionar cálculos)
Método y herramientas de medición	¿Qué se incluye en el numerador y el denominador? Método de medición Herramientas empleadas en la medición
Desglose	Se recomienda el desglose de datos Incluso si la herramienta de notificación no incluye el desglose, se recomienda recopilar datos desglosados para la vigilancia y la notificación nacionales, según corresponda
Puntos fuertes y débiles	Descripción de los aspectos positivos y negativos del indicador
Otras consideraciones	Otros elementos que deseen consignar los países
Utilización de los datos	La forma de aplicar el indicador y algunas implicaciones
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Información complementaria sobre los aspectos que deben considerarse cuando se rellena la herramienta de notificación. Incluye los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Notificación duplicada</i>: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la posible duplicación de las notificaciones. • <i>Representatividad nacional</i>: Aspectos a los que debe prestarse atención con el fin de evaluar la representatividad nacional del valor notificado. • <i>Cuestiones relacionadas con el denominador</i>: Aspectos que deben observarse acerca del denominador. • <i>Opciones de triangulación</i>: Otras fuentes de datos que pueden examinarse para evaluar la validez del valor del indicador.
Otras referencias	Las referencias relacionadas con el indicador, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - <i>PTMI</i>: Indicador de la guía actualizada para los programas nacionales de seguimiento y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (2011). - <i>VIH y tuberculosis</i>: Indicadores de la guía actualizada de seguimiento y evaluación de las actividades de colaboración relacionadas con la infección por el VIH y la tuberculosis (2009). - <i>Consumidores de drogas inyectables</i>: Guía técnica para el establecimiento de las metas de los países en materia de acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los consumidores de drogas inyectables (2009).

Apoyo técnico e información de contacto para preguntas

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA tienen el compromiso de prestar apoyo a los países para mejorar sus sistemas de información estratégica. Este apoyo incluye, pero no está limitado al examen de los sistemas de seguimiento y evaluación del sector de la salud; calidad de los datos y validación; evaluación de las repercusiones; vigilancia; investigación operativa y formación en diversos aspectos de la información estratégica.

No dude en comunicarse con la OMS (hivstrategicinfor@who.int) si tiene alguna pregunta o solicitud, o bien, comentarios o sugerencias para mejorar el presente documento.

Agradecimientos

La OMS y el UNICEF quisieran agradecer en particular al personal de los ministerios gubernamentales de todos los niveles que recopila, valida y suministra la información todos los años.

Expresan su agradecimiento al personal de la OMS, del UNICEF y del ONUSIDA que trabaja en los niveles nacional y regional para facilitar la transferencia y la notificación de los datos.

Agradecen asimismo a MACRO-DHS su colaboración para facilitar los últimos resultados de las Encuestas de Demografía y Salud.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

En el cuadro que se presenta a continuación se ofrece un panorama general de los indicadores descritos en las directrices de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2014, así como de los que se describen en esta guía para la notificación de la respuesta del sector de la salud para el acceso universal en el 2014 (AU 2014).

GARPR	AU 2014	
		Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
		Indicadores para la población general
X		1.1 Personas jóvenes: conocimiento sobre la prevención de la infección VIH
X		1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
X		1.3 Múltiples parejas sexuales
X		1.4 Uso del preservativo en las relaciones sexuales de mayor riesgo
X		1.5 Prueba de detección del VIH en la población general
		1.6 Reducción de la prevalencia de la infección por el VIH
		Indicadores para los profesionales del sexo
X		1.7 Profesionales del sexo: programas de prevención
X	X	1.8 Profesionales del sexo: uso del preservativo
X	X	1.9 Profesionales del sexo: prueba de detección del VIH
X	X	1.10 Profesionales del sexo: prevalencia de la infección por el VIH
		Indicadores para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
X		1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: programas de prevención
X	X	1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: uso del preservativo
X	X	1.13 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: prueba de detección del VIH
X	X	1.14. Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres: prevalencia de la infección por el VIH
		Pruebas de detección del VIH y orientación conexas
	X	1.16 Prueba de detección del VIH en mujeres y hombres de 15 años de edad o más (a partir de los registros del programa)
	X	1.16.1 Desabastecimiento de estuches de pruebas rápidas (nuevo)
	X	Infecciones de transmisión sexual
	X	1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS)
		1.17.1 Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis
		1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para la sífilis
		1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento
		1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa
		1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con sífilis activa
		1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses
		1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses
		1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses
		1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses
		1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses
	X	1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados (OPS solamente)
		Circuncisión masculina
X	X	1.22 Prevalencia de la circuncisión masculina
X	X	1.23 Número de hombres circuncidados por año

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

x	x	2.1 Personas que consumen drogas inyectables: número de agujas por persona que consume drogas inyectables
x	x	2.2 Personas que consumen drogas inyectables: uso del preservativo
x	x	2.3 Personas que consumen drogas inyectables: prácticas seguras de inyección
x	x	2.4 Personas que consumen drogas inyectables: prueba de detección del VIH
x	x	2.5 Personas que consumen drogas inyectables: prevalencia de la infección por el VIH
	x	2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos
	x	2.7 Número de centros de distribución de agujas y jeringas, y de tratamiento de sustitución de opiáceos

Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

x	x	3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil
x	x	3.2 Diagnóstico temprano en los lactantes
x	x	3.3 Tasa de transmisión maternoinfantil (modelada)
	x	3.4 Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron el resultado
	x	3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses
	x	3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que se evaluaron para determinar si reunían los criterios para el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4
	x	3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida
	x	3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida
	x	3.10 Distribución de las prácticas de alimentación en los lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH en la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT
	x	3.11 Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación
	x	3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que interrumpieron el embarazo (EURO8)
	x	3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)
	x	3.12 Indicadores específicos para la OPS
	x	3.13 Indicador específico para Europa sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil en embarazadas que consumen drogas inyectables
	x	3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables (EURO11)
	x	3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)
	x	3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo (EURO13)

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para el 2015

x	x	4.1 Cobertura del tratamiento antirretroviral (adultos y niños), incluido el número de adultos y niños recién inscritos en el TAR durante el período de notificación (2013)
x	x	4.2a Tratamiento de la infección por el VIH: 12 meses de retención en el tratamiento
	x	4.2b Tratamiento de la infección por el VIH: 24 meses de retención en el tratamiento
	x	4.2c Tratamiento de la infección por el VIH: 60 meses de retención en el tratamiento
	x	4.2.1 Porcentaje de personas que consumen drogas inyectables y que son seropositivas para el VIH que siguen con vida y en tratamiento a los 12, 24 y 60 meses de iniciado el

GARPR	AU 2014	
		tratamiento antirretroviral (EURO4)
	x	4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral
	x	4.4 Desabastecimiento de antirretrovirales
	x	4.5 Diagnóstico tardío de la infección por el VIH (OPS solamente)
	x	4.6 Atención de la infección por el VIH
	x	4.7 Supresión de la carga viral
		Objetivo 5. Reducir en un 50 % el número de muertes por tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH para el 2015
x	x	5.1 Tratamiento combinado de la infección por el VIH y la tuberculosis
	x	5.2 Porcentaje de adultos y niños seropositivos para el VIH incorporados por primera vez en la atención a los que se les detectó tuberculosis activa (nuevo)
	x	5.3 Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida
	x	5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la consulta más reciente
		Objetivo 6. Alcanzar un nivel importante de gasto mundial anual (US\$ 22.000 a 24.000 millones) en los países de ingresos bajos y medianos
x		6.1 Gasto en sida: gasto nacional e internacional en sida por categorías y fuentes de financiamiento
		Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades en materia de género
x		7.1 Prevalencia de la violencia infligida por el compañero íntimo reciente (VPI)
		Objetivo 8. Eliminación del estigma y la discriminación
		Indicador en desarrollo; se prevé que el indicador del estigma para la población general estará listo para la notificación del 2014
		Objetivo 9. Eliminar las restricciones a los viajes
		Datos de restricción de viajes recopilados por la División Jurídica y de Derechos Humanos de la sede del ONUSIDA, no se necesita recabar otros datos
		Objetivo 10. Fortalecimiento de la integración de las actividades relacionadas con el VIH
x		10.1 Asistencia de huérfanos y no huérfanos a la escuela
x		10.2 Apoyo económico para los hogares que cumplen los requisitos
		Preguntas de política, pertinentes para los 10 objetivos
x		P.1 Cuestionario especial GARPR del 2014
	x	P.1b Preguntas de política de la OMS
		P.1c Complemento europeo sobre el instrumento de compromisos y políticas nacionales (ICPN)
		Apéndices
x		Apéndice 1. Indicadores sobre la coinfección por el VIH y el virus de la hepatitis (EURO)
x		Número de adultos y niños actualmente en tratamiento de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de detección de la hepatitis B (EURO15)
x		Porcentaje de casos de hepatitis B positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis B que han recibido tratamiento para tanto la hepatitis B como la infección por el VIH (EURO16)
x		Número de adultos y niños que reciben actualmente atención de la infección por el VIH a los que se les hizo la prueba de detección de la hepatitis C (EURO17)
x		Porcentaje de casos de hepatitis C positivos al VIH que reúnen los criterios para recibir el tratamiento de la hepatitis C y que reciben dicho tratamiento (EURO18)
		Apéndice 2. Casos de infección por el VIH y sida (OPS)
x		P.1c1.d Número de casos de infección por el VIH diagnosticados en el 2012 y notificados, desglosados por sexo, en el 2012 (OPS)
x		P.1d1.e Número de casos de sida diagnosticados en el 2012 y notificados, desglosados por sexo, en el 2012 (OPS)
		Estimaciones del tamaño de la población clave

Nota sobre la definición de “establecimiento de salud”

Una pregunta frecuente es cómo se define un **establecimiento de salud**. A efectos de este mecanismo de notificación, se excluyen los establecimientos de salud que prestan atención especializada y que nunca prestarían ningún servicio de atención de la infección por el VIH (por ejemplo, un consultorio oftalmológico). Si encuentra dificultades en la definición de lo que se considera un establecimiento de salud en este ejercicio, sírvase indicar sus comentarios en la sección de observaciones o enviarlos por correo electrónico:

hivstrategicinfo@who.int.

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

Pruebas de detección del VIH y orientación conexa

1.16 Número de mujeres y hombres mayores de 15 años a los que se les realizó la prueba de detección del VIH, recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	
Fundamento	Conocer el estado con respecto al VIH es fundamental para obtener acceso a los servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de los servicios de pruebas y orientación, como los voluntarios y los prestados por iniciativa del proveedor de salud. Sin embargo, los elementos esenciales de las pruebas y la orientación es que se proporcione orientación adecuada a las personas a las que se les realizó la prueba y se les informe el resultado.
Lo que mide	<p>El número de personas a partir de los 15 años de edad en quienes se realizó la prueba de detección del VIH y recibieron orientación sobre la infección por el VIH por conducto de cualquier método o entorno en los últimos 12 meses y conocen el resultado. (Nota: Aunque no es necesario con este indicador, el denominador puede calcularse usando la población general como denominador en las epidemias generalizadas, y las poblaciones en mayor situación de riesgo y otros grupos en las epidemias de nivel bajo y las epidemias concentradas. Estos datos pueden examinarse junto con un cálculo del porcentaje de la población seropositiva que ya conoce su estado respecto al VIH, y con lo recomendado en la política de pruebas del VIH o la frecuencia.)</p> <p>Avances programáticos en relación con las pruebas y la orientación. El seguimiento del número de personas a las que se les realizó la prueba, que reciben orientación y conocen su estado respecto al VIH ofrece un indicio de la aceptación de estos servicios en el país.</p>
Método y herramientas de medición	Datos estadísticos de los servicios del programa recopilados a partir de informes sistemáticos del número de personas a las que se les realizó la prueba y que conocen el resultado en todos los establecimientos de servicios, entre ellos los consultorios, los hospitales, los centros de pruebas y orientación voluntarias, otros sitios a cargo de ONG y puntos de extensión comunitaria (excluidas las pruebas y la orientación obligatorias), que suelen agregarse a escala distrital y posteriormente a escala nacional. Este indicador no se mide mediante encuestas poblacionales.
Desglose	<p>Sexo: masculino, femenino (indicar embarazo) Estado serológico: positivo al VIH, negativo al VIH</p> <p>Si fuese posible: Edad: 15 a 19, 20 a 24 y mayores de 25 años. Prueba: prueba nueva, repetición de la prueba</p> <p>Modo de transmisión del VIH: consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales entre hombres, contacto heterosexual, transmisión maternoinfantil, otras causas y causas desconocidas (Región de Europa solamente)</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite la comparación de las tendencias de la cantidad de servicios de pruebas y orientación prestados y de la magnitud de la expansión de estos servicios en el transcurso del tiempo.</p> <p>Este indicador puede suministrar información sobre el número de veces que se practicaron las pruebas y se brindó orientación, pero no necesariamente del número de personas que recibieron estos servicios, a menos que los países cuenten con un mecanismo que evite la doble contabilización de las personas que los reciben repetidamente.</p> <p>El indicador no aporta información sobre la adecuación de la remisión de las personas atendidas ni sobre la prestación de servicios de seguimiento que les permitan conocer su estado respecto al VIH.</p>

Utilización de los datos	Para examinar el número de pruebas efectuadas en el país, los datos pueden compararse con los de años anteriores a fin de examinar las tendencias y considerar el porcentaje de la población que pudiera haber recibido la prueba recientemente. Los datos pueden ser útiles para detectar patrones en la aplicación de pruebas, por ejemplo si se practican más pruebas durante una estación o un mes en particular en los cuales hubo campañas o si muchas más personas reciben la prueba en determinados establecimientos de salud o en las comunidades.
Otras consideraciones para los países	En algunos países, una proporción considerable de los servicios de detección y orientación se lleva a cabo en las organizaciones comunitarias o en organizaciones que no están registradas y que a menudo no se incluyen en las estadísticas nacionales. Debe instarse a estas organizaciones a que se registren con las autoridades nacionales, de manera que todos los datos sobre las pruebas y la orientación en el país estén comprendidos en las estadísticas nacionales.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación doble: Los países tendrán que calcular la cantidad de personas que repiten las pruebas, a fin de determinar el verdadero número de personas que reciben la prueba en un período. Cuando los países cuentan con un mecanismo que permita realizar esta importante evaluación (por ejemplo, un registro del número de personas con prueba repetida en el plazo de un año), se debe utilizar y consignar la forma como se llevó a cabo. De lo contrario, sírvase informar el número total de pruebas notificadas y aclarar que es probable que las pruebas repetidas estén incluidas. • Representatividad nacional: Se debe tratar de hacer llegar al nivel central la información sobre los establecimientos no gubernamentales y privados. Si falta una parte importante de la información, consíguelo en la sección de observaciones. • Cuestiones relacionadas con el denominador: Aunque no es necesario con este indicador, la validez del numerador puede calcularse comparando la población general como denominador en las epidemias generalizadas y el tamaño de las poblaciones clave en mayor riesgo y otros grupos en las epidemias de bajo nivel y las epidemias concentradas. • Opciones de triangulación: En las epidemias generalizadas, los datos de las encuestas basadas en la población que buscan el número (y calculan el porcentaje) de personas a las que se les realizó la prueba pueden compararse con el valor de este indicador a fin de evaluar y analizar toda diferencia importante.

1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (nuevo)	
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses
Denominador	Número total de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección

Infecciones de transmisión sexual

1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis	
Fundamento	Es importante hacer pruebas para detectar la sífilis en las embarazadas, tanto por su salud como por la del feto, así como para realizar la vigilancia de segunda generación. También contribuye a la vigilancia de la calidad de los servicios de atención prenatal.
Lo que mide	La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso primero a los servicios de atención prenatal.
Numerador	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis en la primera consulta de atención prenatal
Denominador	Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal
Método y herramientas de medición	<p>Cómo realizar la medición: La prueba de la sífilis (tamizaje) debe hacerse a todas las embarazadas en su primera consulta de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la primera consulta y las subsiguientes pueden notificar los datos de este indicador siempre que proporcionen observaciones claras sobre esta diferencia al notificar los datos. Este indicador debe medirse anualmente.</p> <p>Tanto las pruebas no treponémicas que miden los anticuerpo reagínicos (por ejemplo, VDRL o RPR) como las pruebas que miden los anticuerpos treponémicos (por ejemplo, TPHA, MHATP o pruebas treponémicas rápidas) pueden utilizarse para el tamizaje. Para este indicador es suficiente que la prueba se realice, sin que importe el tipo de prueba. Sírvase indicar en la sección de observaciones cuál es la prueba generalmente utilizada en su país.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es que se utilicen los registros de los programas nacionales consolidados por datos de los establecimientos de salud; sin embargo, si estos datos no están disponibles, pueden notificarse datos procedentes de la vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias) en la sección de observaciones.</p>
Desglose	Ninguno
Otras consideraciones	<p>Es posible que los países quieran vigilar también la semana de embarazo en la que se hace la prueba a cada mujer. La prevención de la sífilis congénita exige que la prueba se haga al principio del embarazo, ya que la mujer puede dar a luz a un mortinato en el segundo trimestre de embarazo. Saber que a las mujeres se les ha realizado la prueba de embarazo al final de la gestación indicará que o bien dichas mujeres no están teniendo acceso temprano a la atención prenatal o bien que esta prueba no se está realizando al principio del embarazo.</p> <p>Los programas para hacer pruebas de detección de la sífilis en las embarazadas y aquellos que realizan pruebas de detección de la infección por el VIH en este mismo grupo de población deben funcionar en conjunto para mejorar su eficacia respectiva.</p>
Utilización de los datos	<p>Mundial: Examine las tendencias con el transcurso del tiempo para determinar los progresos realizados para alcanzar los niveles deseados de cobertura de la prueba. El conocimiento de las políticas y prácticas en materia de pruebas debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la cobertura.</p> <p>Local: Los datos pueden utilizarse para señalar los consultorios que no han puesto en práctica completamente la política nacional.</p>

Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase indicar si los datos que está facilitando son datos sistemáticos del programa y si se considera que son representativos de todo el país.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Eliminación mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción</i> .

1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis	
Fundamento	Los datos sobre la sífilis en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal pueden utilizarse para orientar las necesidades de los programas de prevención de ITS y alertar sobre los posibles cambios en la transmisión del VIH en la población general.
Lo que mide	El porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambos tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es positivo.</p> <p>El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en entornos que carecen de laboratorio, lo que ha aumentado enormemente el número de mujeres que pueden realizarse la prueba y recibir tratamiento para esta enfermedad durante el embarazo. Los datos deben recogerse anualmente.</p> <p>Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, pueden utilizarse pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y treponémicos. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela de todas las mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal en 2 de 10 provincias), así como el tipo de prueba que generalmente se utiliza en su país (por ejemplo, pruebas no treponémicas como VDRL o RPR, pruebas treponémicas como las pruebas rápidas o TPPA, pacientes positivas para ambas, o indicar que se desconoce la prueba que se utilizó)</p>
Desglose	Grupos de edad: Total, 15 a 24 años y mayores de 25 años

Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos de seropositividad para la sífilis en las embarazadas están disponibles en la mayoría de los países mediante la notificación sistemática del sistema de salud.</p> <p>Puntos débiles: Las diferencias en los tipos de pruebas utilizadas o en las prácticas en materia de pruebas pueden influir en los datos. El conocimiento sobre las prácticas en materia de pruebas en el país (por ejemplo, la proporción de pruebas treponémicas utilizadas frente a la de pruebas no treponémicas) debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias de la enfermedad.</p>
Otras consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se insta a los países a que utilicen identificadores o registros únicos que separen la primera prueba de las subsiguientes, de modo que los datos reflejen la prevalencia o incidencia real de la sífilis, más que el resultado positivo de la prueba. • Como la mayoría de los países tendrán datos provenientes de diversos tipos de prueba, los subanálisis (desglose) en las mujeres de 15 a 24 años puede aumentar la probabilidad de que las pruebas positivas reflejen infección reciente.
Utilización de los datos	<p>Mundial o regional: Calcule la mortalidad perinatal y la morbilidad causadas por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces para eliminar la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Identifique las áreas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de la sífilis congénita.</p> <p>Local: Siga las tendencias en el tiempo para evaluar los cambios en la carga de la enfermedad y las necesidades del programa de prevención de las ITS.</p> <p>Todos los niveles: Compare los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH para detectar signos tempranos de mayor riesgo de transmisión del VIH.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase indicar si los datos que se proporcionan son datos sistemáticos del programa, si se considera que son representativos de todo el país y el tipo de prueba que se utilizó para determinar la seropositividad (es decir, no treponémica, treponémica, pacientes con resultados positivos para ambas pruebas o combinada o desconocida).</p>
Otras referencias	<p>Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes].</p>

1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento	
Fundamento	El tratamiento de las mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis es una medida directa de las actividades de los programas de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y de las campañas para fortalecer la prevención primaria de la infección por el VIH.
Lo que mide	Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal durante un período específico que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron tratamiento adecuado.
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron al menos una dosis de penicilina benzatina (2,4 millones de unidades intramusculares)
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis
Método y herramientas de medición	<p>Cómo se realiza la medición: Los datos deben recopilarse anualmente. En el caso de este indicador, un resultado positivo en las pruebas treponémicas o no treponémicas es suficiente para considerar a la mujer seropositiva para la sífilis.</p> <p>Herramientas de medición: Lo ideal es utilizar los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud. Sin embargo, si los datos de los programas nacionales no están disponibles, pueden notificarse los datos de vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, datos de los programas nacionales de las 12 provincias).</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Los datos sobre el tratamiento de la sífilis en mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal suelen vigilarse de forma sistemática en los establecimientos de salud.</p> <p>Puntos débiles: La recopilación de datos sobre los tratamientos puede requerir la colaboración con los programas de salud maternoinfantil para asegurar que estén disponibles en el ámbito nacional.</p>
Otras consideraciones	Para los fines de este indicador, la documentación de una sola dosis de penicilina es suficiente. El tratamiento de embarazadas seropositivas para la sífilis con una sola inyección de penicilina benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular antes de las 24 semanas de gestación es suficiente para prevenir la transmisión de la sífilis al recién nacido, pero se necesitan tres inyecciones a intervalos semanales para tratar la sífilis latente y prevenir la sífilis terciaria en la madre.
Utilización de los datos	<p>Mundial, regional o local: Calcule la eficacia del programa en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatales asociadas a la sífilis.</p> <p>Local: Identifique las áreas que necesitan ayuda con la ejecución de programas o recursos adicionales.</p> <p>Todos los niveles: El conocimiento de las políticas y prácticas de tratamiento debe utilizarse para ayudar a interpretar las tendencias del tratamiento.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Si los datos que proporciona no corresponden a todo el país, sírvase indicarlo.
Otras referencias	Indicador recomendado en el documento "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados" y en la publicación <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes]. 18

1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	
Fundamento	Realizar pruebas de detección de la sífilis a los profesionales del sexo es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los avances en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa
Denominador	Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa
Método y herramientas de medición	<p>Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.</p> <p>Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser $\geq 1:8$ para que pueda considerarse sífilis activa.</p> <p>Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p>
Desglose	Por sexo: total, masculino, femenino
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Consideraciones adicionales	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación	Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez.

1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa	
Fundamento	Realizar pruebas de sífilis en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.
Lo que mide	Los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.
Numerador	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis
Denominador	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis
Cómo se mide y herramientas de medición	<p>Herramientas de medición: sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.</p> <p>Cómo se realiza la medición: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser $\geq 1:8$ para que pueda considerarse sífilis activa.</p> <p>Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p>
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas, además, aumenta la probabilidad de detectar individuos con la enfermedad activa.</p> <p>Puntos débiles: La exigencia de ambas pruebas dificulta más la obtención de datos para este indicador.</p>
Otras consideraciones	Para obtener resultados fiables, la garantía y el control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de detección de la sífilis.
Utilización de los datos	Observe las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo; haga comparaciones con los datos de las tendencias de la sífilis y la infección por el VIH cuando estén disponibles.
Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación	Es importante NO contar las múltiples pruebas realizadas al mismo paciente; es decir, si se ha realizado más de una prueba a una persona en los últimos 12 meses, no debe contarse más de una vez.

1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses

Fundamento	La infección por una ITS bacteriana aguda como la sífilis primaria o secundaria es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y la adquisición de la infección por el VIH. Por consiguiente, la vigilancia para la sífilis primaria o secundaria contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que suministra la alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la sífilis sin tratar causa mortinatos y enfermedad neonatal y puede progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con sífilis durante el período de notificación
Denominador	Número de personas de 15 años y mayores, según el PNUD
Cómo se mide y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Por sexo, sífilis primaria o secundaria frente a sífilis latente o desconocida: total, total de mujeres, total de hombres, mujeres con sífilis primaria o secundaria, hombres con sífilis primaria o secundaria
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha suministrado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambios en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses

Fundamento	La infección de la sífilis que se deja sin tratar en el embarazo no solo puede aumentar el riesgo de transmisión y adquisición del VIH en la madre y el lactante, sino también conducir a mortinatos, muerte neonatal y enfermedad congénita (definido conjuntamente como sífilis congénita). Dada la eficacia elevada, la sencillez y el bajo costo de la prueba y el tratamiento de la sífilis, se han lanzado varias iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión maternoinfantil de esta enfermedad. La tasa de sífilis congénita es una medida de la repercusión de las intervenciones programáticas para eliminar la transmisión maternoinfantil de esta enfermedad.
Lo que mide	Los avances en la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis.
Numerador	Número de casos de sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los 12 últimos meses
Denominador	Número de nacidos vivos
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	El diagnóstico de la sífilis congénita resulta más fiable cuando se usan pruebas diagnósticas específicas que rara vez están disponibles en los países en desarrollo. Por consiguiente, en la mayoría de los países el diagnóstico de la sífilis congénita depende de los antecedentes y el examen físico, con lo cual la vigilancia resulta muy difícil. Aunque la OMS tiene una definición de caso mundial para fines de vigilancia, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países y las regiones.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.
Utilización de los datos	Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva pueden suponer un problema. Al examinarse las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pudieran ser útiles.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems</i> [métodos para la vigilancia y el seguimiento de la eliminación de la sífilis congénita dentro de los sistemas existentes].

1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses

Fundamento	La infección con una ITS bacteriana aguda como la gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de la gonorrea contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH resultante de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, la gonorrea sin tratar puede dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad, ceguera y a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones de tratamiento actualmente recomendadas puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con gonorrea durante el período de notificación
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad, según el PNUD
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre la gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los datos sobre la gonorrea en mujeres, a pesar de ser útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque la mayoría de las mujeres infectadas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> son asintomáticas y las pruebas diagnósticas sensibles para la gonorrea en mujeres no se encuentran fácilmente en los países en desarrollo. Por consiguiente, se considera que los datos sobre la gonorrea en las mujeres dependen demasiado de los recursos de diagnóstico y las prácticas de tamizaje para que puedan vigilarse en forma adecuada a escala mundial. Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

1.17.9 Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses

Fundamento	El exudado uretral en los hombres es un síndrome de ITS causado generalmente por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o <i>Chlamydia trachomatis</i> . La presentación de un síndrome de ITS aguda, como el exudado uretral, es un marcador de relaciones sexuales sin protección y el exudado uretral facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia del exudado uretral contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación, ya que proporciona una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual continua de alto riesgo que puede exigir intervenciones programáticas más dinámicas para reducir el riesgo. Además, el exudado uretral sin tratar puede ocasionar infertilidad, ceguera y contribuir a la propagación de la enfermedad. El aumento de la resistencia a las opciones actuales de tratamiento recomendadas para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> puede hacer que esta infección deje de ser tratable.
Lo que mide	Los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en hombres.
Numerador	Número notificado de hombres con exudado uretral durante el período de notificación
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que al notificar información sobre exudado uretral, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. El seguimiento de las tendencias en materia de descarga uretral es un medio factible para vigilar la incidencia de las ITS en una población. A pesar de que los datos sobre el exudado vaginal en mujeres son útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a escala mundial porque en muchos entornos la mayoría de los casos de exudado vaginal no se deben a infecciones de transmisión sexual. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología del síndrome de exudado uretral para comprender sus causas principales y asignar el tratamiento pertinente. Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> [estrategias y métodos de laboratorio para fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012].

1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los 12 últimos meses

Fundamento	Las úlceras genitales son un signo de una ITS causada generalmente por la sífilis, el chancro blando o el virus del herpes simple. La presentación con un síndrome de una ITS aguda como la úlcera genital es un marcador de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Por consiguiente, la vigilancia de las úlceras genitales contribuye a la vigilancia de la infección por el VIH de segunda generación al proporcionar una alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y la actividad sexual de alto riesgo que puede requerir intervenciones programáticas más dinámicas destinadas a reducir el riesgo. Además, la úlcera genital sin tratar puede causar mortinatos y enfermedad neonatal y progresar a desenlaces debilitantes o mortales en adultos.
Lo que mide	Avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador	Número notificado de adultos con úlcera genital durante el período de notificación
Denominador	Número de personas mayores de 15 años de edad
Método y herramientas de medición	Sistemas ordinarios de información sanitaria
Desglose	Sexo: total, hombres, mujeres
Puntos fuertes y débiles	Si bien la OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real puede variar entre y dentro de los países. Además, la capacidad de diagnóstico clínico puede variar entre y dentro de los países. Aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no ha habido cambio en la definición de caso ni cambios importantes en las prácticas de tamizaje, en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país.
Otras consideraciones	Es importante que, al notificar la información sobre las úlceras genitales, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología de la úlcera genital para garantizar la selección apropiada de medicamentos para el tratamiento sindrómico y comprender en qué medida esta úlcera genital refleja la infección incidente debida a la infección recurrente por el virus del herpes simple frente a la infección aguda por sífilis, chancro blando o virus del herpes simple. Si algún país no puede informar con respecto al denominador, la OMS utilizará el denominador según el PNUD.
Utilización de los datos	Examine las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Indicador recomendado en <i>Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012</i> (Estrategias y métodos de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012).

1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para la sífilis

Numerador	Número de embarazadas seropositivas en la prueba serológica de la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados. En este numerador se insta a brindar orientación a cada embarazada e identificar a todos sus contactos sexuales. Solo se puede incluir a la mujer en este numerador si todas las parejas sexuales notificadas están recibiendo tratamiento.
Denominador	Número de embarazadas seropositivas en la prueba serológica de la sífilis durante el embarazo.

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

2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	
Fundamento	El tratamiento de sustitución de opiáceos representa un compromiso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para reducir la frecuencia de las inyecciones, preferiblemente a cero. Este tratamiento es la herramienta de salud pública más eficaz para reducir el consumo de drogas inyectables en los consumidores de opiáceos. También proporciona un apoyo crucial para el tratamiento de otras enfermedades, entre ellas, la infección por el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.
Lo que mide	El compromiso nacional y los progresos realizados con respecto al tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa Datos censales
Desglose	Unidades administrativas: urbana, rural
Puntos fuertes y débiles	La información sobre el número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos debería estar disponible de forma rápida y válida, ya que suele tener la autorización de las autoridades competentes.
Otras consideraciones	Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.
Utilización de los datos	Intente evaluar si el tratamiento de sustitución de opiáceos es suficiente para el número y distribución de personas dependientes de estas sustancias en el país.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos:	
- Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	
Fundamento	Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH en los consumidores de drogas inyectables. Este indicador mide qué tan adecuado es el acceso de la población que se inyecta a las agujas limpias.
Lo que mide	Número de centros de distribución de agujas y jeringas del programa (incluidas las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin ningún costo). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa nacional
Desglose	Unidad administrativa Urbano, rural
Puntos fuertes y débiles	Muchos programas de distribución de agujas y jeringas no son "oficiales" y, por consiguiente, no se contabilizan en los datos del programa nacional.
Otras consideraciones	<p>Los programas de distribución de agujas y jeringas son todos los programas que ofrecen acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, mediante programas de intercambio, fijos o móviles, o por intermedio de las farmacias donde se proveen los equipos en forma gratuita. En muchos países, las ventas de materiales de inyección en las farmacias constituyen una fuente importante, y en ocasiones la única, de materiales de inyección limpios al alcance de los consumidores de drogas. Sin embargo, las farmacias que venden agujas y jeringas no suelen contabilizarse en las bases de datos consultables, como parte de un programa de salud pública o de reducción de daños. Cuando estas farmacias existen, se deben contabilizar y destacar en la medida de lo posible. Las farmacias que distribuyen agujas y jeringas sin costo alguno, normalmente mantienen registros de las agujas distribuidas, como parte del programa y se deben incluir.</p> <p>Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.</p>
Utilización de los datos	Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de las tendencias a lo largo del tiempo. Los datos también pueden analizarse con base en la ubicación geográfica de los centros del programa y la distribución geográfica y densidad de población de los consumidores de drogas inyectables en el país. Puede evaluarse si existen suficientes centros de distribución de agujas y jeringas con respecto al número y la distribución de las personas que consumen drogas inyectables en el país.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Muchos puntos del programa de distribución de agujas y jeringas que no son "oficiales" pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos:	
- Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos	
Fundamento	El tratamiento de sustitución de opiáceos representa el compromiso de tratar a los consumidores de opiáceos y disminuir la frecuencia de inyecciones, de preferencia hasta eliminarlas. El tratamiento de sustitución representa el instrumento de salud pública, que utilizado solo, es el más eficaz en la disminución del consumo de drogas inyectables.
Lo que mide	Mide el compromiso nacional y el progreso realizado en cuanto al tratamiento de los consumidores de opiáceos y la disminución de las probabilidades de transmisión del VIH en las personas que consumen drogas inyectables. El número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos y su disponibilidad para los consumidores de drogas inyectables.
Método y herramientas de medición	Datos del programa nacional
Desglose	Unidad administrativa Urbano, rural
Puntos fuertes y débiles	Los centros de tratamiento de sustitución de opiáceos se deben poder localizar y validar sin dificultad, pues normalmente reciben autorización de las autoridades competentes. Sin embargo, el número de centros no indica el número de <i>cupos</i> que pudiera haber. Será difícil obtener el cálculo del tamaño del subgrupo de la población y esto implicará una incertidumbre estadística mayor.
Otras consideraciones	Sírvase consultar la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html), que contiene un conjunto completo de indicadores aceptados mundialmente para las personas que consumen drogas inyectables.
Utilización de los datos	Para formarse una idea de la disponibilidad de los centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos y de las tendencias a lo largo del tiempo. Además, debe procurarse analizar los datos con base en la ubicación geográfica de estos centros y la distribución geográfica y la densidad de la población de las personas que se inyectan opiáceos en el país. En la medida de lo posible, se debe tratar de interpretar este indicador teniendo en cuenta la información existente sobre el número de cupos de tratamiento de sustitución en los diferentes centros. Se debe tratar de determinar si se cuenta con suficientes centros de tratamiento con respecto al número y la distribución de las personas que se inyectan opiáceos en el país.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Muchos centros del programa de tratamiento de sustitución de opiáceos no son "oficiales" y pueden estar a cargo de organizaciones no gubernamentales, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Sírvase tratar de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando.
Otras referencias	WHO/UNDOC/UNAIDS. <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	
Fundamento	La identificación del estado serológico con respecto a la infección por el VIH de las embarazadas es un punto de acceso a los servicios posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil y es necesaria para adaptar la prevención, la atención y el tratamiento a sus necesidades.
Lo que mide	Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico de las embarazadas en los 12 últimos meses.
Numerador	<p>Número de embarazadas cuyo estado serológico con respecto al VIH se conoce.</p> <p>Se compone del número de mujeres con estado serológico desconocido respecto al VIH que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen el resultado; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses.</p> <p>Embarazadas con infección por el VIH conocida: mujeres a quienes se les ha practicado la prueba del VIH y cuya seropositividad se confirmó en cualquier momento previo al embarazo actual, y que acuden a los servicios de atención prenatal para un nuevo embarazo. No es necesario realizar de nuevo la prueba a estas mujeres si hay pruebas documentadas de su seropositividad³, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de pruebas a embarazadas. No obstante, estas mujeres necesitan servicios de PTMI y se cuentan en el numerador.</p> <p>Embarazadas y mujeres en el puerperio con estado serológico conocido: mujeres a las que no se ha hecho la prueba durante el embarazo actual, ni durante la atención prenatal ni durante el trabajo de parto ni el parto, o bien, mujeres que no tienen prueba documentada de haberse hecho la prueba en el embarazo actual.</p> <p>El numerador es la suma de las categorías a, b y c que se indican a continuación:</p> <p>a-1) embarazadas que a las que se les realizan las pruebas de detección del VIH y reciben el resultado durante una consulta de atención prenatal;</p> <p>a-2) embarazadas con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo;</p> <p>b) embarazadas con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a los servicios de atención durante el trabajo de parto y el parto, se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado; y</p> <p>c) mujeres cuyo estado con respecto al VIH se desconoce y que recibieron atención puerperal en el plazo de 72 horas después del parto, a las que se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado.</p> <p>Las categorías a-1, b y c incluyen a todas las mujeres que se realizaron la prueba y recibieron el resultado, cualquiera que este haya sido. La categoría a-2 incluye a las mujeres cuyo estado con respecto al VIH se conocía previamente.</p>

³ En la mayoría de los establecimientos, generalmente se exige documentación sobre la infección por el VIH (tarjeta de atención y tratamiento, tarjeta de maternidad correspondiente a los embarazos anteriores u otro tipo de documentación fiable sobre el estado con respecto al VIH). Sin una prueba de infección por el VIH, se considera que la mujer tiene "estado serológico desconocido" y a menudo se les realiza de nuevo la prueba. Deben consultarse las directrices nacionales.

	<p>Los datos notificados por los establecimientos de salud pueden desglosarse por:</p> <p>a) mujeres con infección por el VIH conocida (positiva) en la atención prenatal, b) mujeres recién identificadas como seropositivas, y</p> <p>c) mujeres con resultado negativo al VIH (el resto).</p> <p>Véase más abajo el desglose para la notificación mundial.</p>
Denominador	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.</p> <p>En los países con tasas elevadas de asistencia durante el trabajo de parto y el parto, solo pueden obtenerse los datos de los registros del trabajo de parto y el parto, dado que los resultados de las pruebas del VIH estarán disponibles para la mayoría de las embarazadas solo de esta fuente.</p> <p>Los registros de los establecimientos de salud deben consignar la infección por el VIH conocida en el caso de las embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal por un nuevo embarazo para que puedan recibir servicios de PTMI.</p> <p>Deben incluirse todas las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que proporcionan servicios de pruebas y orientación a las embarazadas.</p> <p>El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazadas que tengan datos completos.</p>
Desglose	<p>Etapas del embarazo: prenatal, trabajo de parto y parto, puerperio</p> <p>Recepción de los resultados: se realizó la prueba realizada, o se realizó la prueba y se comunicó el resultado</p> <p>Estado serológico respecto al VIH: número de mujeres seropositivas</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite que un país vigile las tendencias en la realización de pruebas de detección del VIH en las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal. Sin embargo, no capta en qué puntos tienen lugar los abandonos durante el proceso de realización de pruebas y de orientación, ni las razones de dichos abandonos. El indicador no mide la calidad de la realización de las pruebas o de la orientación; tampoco capta el número de mujeres que recibieron orientación antes de la prueba de detección.</p>

<p>Otras consideraciones</p>	<p>Los registros de los establecimientos de salud deben reflejar la infección por el VIH comprobada en las embarazadas seropositivas para el VIH que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo (incluso si no se les hace la prueba en ese lugar) mediante un código, un círculo u otro método, de modo que reciban las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.</p> <p>No todas categorías serán aplicables o pertinentes para todos los entornos (por ejemplo, mujeres con estado desconocido con respecto a la infección por el VIH a las que se les realiza la prueba de detección en las 72 horas posteriores al parto). Es posible que los países quieran priorizar la inversión de los recursos (examen de las herramientas, tiempo, dinero) para medir las categorías que son apropiadas a su contexto nacional.</p> <p>Quizá sea importante para los gestores de los programas utilizar otros indicadores en el nivel subnacional y de los establecimientos para medir las tendencias y los progresos realizados en el proceso de realización de pruebas de detección y orientación, como la aceptación de las pruebas y la recepción de los resultados.</p> <p>También es importante conocer el número de mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado en cada servicio, es decir, el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el trabajo de parto y el parto y cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conoce, etcétera.</p> <p>Este indicador podría validarse mediante encuestas poblacionales, como las encuestas demográficas y de salud, que generalmente se realizan cada cinco años, o la encuesta de indicadores del sida, una encuesta poblacional que puede realizarse de forma más periódica.</p>
<p>Utilización de los datos</p>	<p>Considere las tendencias con el transcurso del tiempo. Si cuenta con datos desglosados por región, observe si se puede identificar alguna zona con menor desempeño. Examine si hay datos sobre el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH (incluidas aquellas con seropositividad confirmada y aquellas a las que se les realiza la prueba de detección) y el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el parto y que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH.</p>

<p>Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación</p>	<p>Notificación doble: Con este indicador existe el riesgo de notificación doble, dado que a una embarazada se le puede realizar la prueba unas cuantas veces durante la atención prenatal, la atención durante el parto y el puerperio. Esto es particularmente cierto cuando se les realiza nuevamente la prueba de detección a las mujeres en diferentes establecimientos o cuando llegan a los servicios de atención para el parto sin documentación alguna de las pruebas realizadas. Aunque no es factible evitar por completo el recuento doble, para reducirlo al mínimo los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos, como el uso de los registros de la atención prenatal que guarda la paciente o el centro, con el fin de probar que se ha realizado la prueba de detección.</p> <p>Procure no añadir a <i>todas</i> las mujeres a las que se les realizó la prueba de detección durante la atención prenatal y el parto para obtener el número <i>total</i> de mujeres a las que se les ha realizado la prueba de detección. Nos interesa conocer el número de <i>mujeres</i> analizadas, no el número total de pruebas (es decir, si a una mujer se le realizó la prueba de detección en los servicios de atención prenatal y de nuevo durante el parto, procurare contarla una sola vez). Es importante incluir en el numerador a las mujeres cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se conocía previamente; aunque no se les haya realizado una prueba de detección del VIH, su infección por el VIH se identifica para las intervenciones posteriores de prevención de la transmisión maternoinfantil.</p> <p>Número de mujeres a las que se les realizó la prueba de detección y mujeres a las que se les realizó la prueba y recibieron el resultado: Si fuera posible, indique el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección, así como el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (esta última cifra no debe ser superior a la anterior).</p> <p>Si su sistema de recopilación de datos no separa actualmente a las mujeres con estado respecto a la infección por el VIH conocido y desconocido y usted no puede proporcionar los datos desglosados específicos, examine los datos disponibles y obtenga los mejores datos para determinar el número de <i>embarazadas cuyo estado con respecto a la infección por el VIH se ha identificado</i> durante el embarazo, el parto o durante las 72 horas posteriores al parto.</p> <p>Incluya en la sección de observaciones toda información que nos ayude a interpretar sus datos.</p> <p>Señale cuál es la fuente de su denominador.</p>
<p>Otras referencias</p>	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º 3</p>

3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses	
Fundamento	<p>La participación masculina es un elemento fundamental para la prestación de servicios centrados en la familia a las madres embarazadas seropositivas para el VIH, sus lactantes y los miembros de la familia. También es una herramienta importante para la prevención de la infección por el VIH y puede ayudar a las parejas seronegativas a que sigan manteniéndose así.</p> <p>Realizar la prueba de detección al compañero de la embarazada es el primer paso para incluirlo, independientemente de su estado con respecto a la infección por el VIH.</p>
Lo que mide	El porcentaje de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH durante el embarazo, en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de embarazadas que acuden a atención prenatal cuyo compañero se realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses
Denominador	Número de embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal
Método y herramientas de medición	<p>El numerador puede calcularse a partir de los registros de los programas nacionales recopilados de los registros de los establecimientos.</p> <p>Las parejas masculinas pueden realizarse la prueba con la mujer en la primera consulta de atención prenatal o en una consulta de seguimiento, o bien, realizarse la prueba solo en una consulta por separado, como en un día reservado a la realización de pruebas a los compañeros de las embarazadas.</p> <p>Pueden agregarse los datos de los registros de atención prenatal o de los registros de pruebas y orientación, dependiendo del contexto.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que presten servicios de atención prenatal.</p> <p>Si es factible, los programas pueden considerar consignar si los miembros de la pareja se revelaron su estado con respecto al VIH en presencia del personal de la clínica.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite a los países vigilar los esfuerzos para aumentar la realización de pruebas de detección del VIH a los compañeros de las embarazadas que asisten a los servicios de atención prenatal. No mide si el compañero recibió su resultado o algún servicio de seguimiento.</p> <p>El indicador no tiene en cuenta a los clientes de los servicios de atención prenatal que tienen más de una pareja o cuya pareja cambia con el tiempo. Tampoco incluye a los compañeros a los que se les realizó la prueba del VIH en entornos distintos a la atención prenatal y que no están vinculados con esta (por ejemplo, orientación y realización voluntaria de pruebas en general o por iniciativa del proveedor de atención de salud).</p> <p>Es posible que no todos los centros estén recopilando datos sobre la realización de pruebas a los compañeros ni que agreguen y notifiquen sistemáticamente los datos. Medir este indicador puede requerir inversiones y recursos adicionales para revisar las herramientas de recopilación de datos y los formularios de notificación resumidos.</p>

Otras consideraciones	Aunque el hecho de realizar las pruebas de detección a los compañeros de las embarazadas es una herramienta importante para aumentar la participación masculina y prevenir la infección durante el embarazo, es también un punto de acceso fundamental a la atención del hombre continua y centrada en la familia. Los proveedores de servicios de salud deben garantizar y documentar la prestación de servicios apropiados de seguimiento a todos los compañeros seropositivos, como parte de un programa integral de atención y tratamiento.
Utilización de los datos	Interprete los datos basándose en el contexto y la aplicabilidad al país. Comente cómo puede aumentarse la cobertura.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase incluir todo comentario que pueda ayudarnos a interpretar la representatividad de los datos. Si se puede disponer fácilmente del número de parejas discordantes, proporcione los datos en la sección de observaciones con algún comentario que respalde los datos.
Otras referencias	Indicador adicional de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º A-3

3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	
Fundamento	Las embarazadas seropositivas para el VIH que satisfacen los criterios clínicos y (cuando es posible) los criterios inmunológicos para recibir tratamiento antirretroviral deben recibirlo. El tratamiento antirretroviral (TAR) conserva la salud de la madre y reduce el riesgo de transmisión maternoinfantil. Los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil deben determinar si las embarazadas seropositivas para el VIH reúnen los criterios para el tratamiento con antirretrovirales. Aquellas que no satisfagan dichos criterios deben recibir profilaxis con antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil, de conformidad con las directrices y recomendaciones nacionales.
Lo que mide	La cobertura de las embarazadas seropositivas para el VIH que son evaluadas para determinar si pueden recibir tratamiento antirretroviral ya sea clínicamente, usando los criterios de estadificación clínica de la OMS, o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. La evaluación de la idoneidad para el TAR puede realizarse en el propio centro o mediante derivación.
Numerador	<p>Número de embarazadas seropositivas para el VIH que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o mediante derivación.</p> <p>El término “en el centro” se refiere a un servicio que se ofrece en una estructura o conjunto de establecimientos de salud. Por ejemplo, la estadificación clínica puede estar disponible en la unidad de atención prenatal, mientras que el servicio de obtención de muestras de sangre para el recuento de los linfocitos CD4 puede encontrarse en la unidad de atención y tratamiento de la infección por el VIH del mismo establecimiento de salud. Se considera que estos servicios se prestan “en el centro”.</p> <p>La derivación puede realizarse dentro del centro o fuera de este, y se define como el proceso de enviar a un paciente a otra unidad de servicio, proveedor de servicios de salud o establecimiento de salud.</p> <p>A menudo los pacientes volverán al establecimiento de salud, a la unidad de servicio o al proveedor de servicios de salud de origen para proporcionar información sobre los servicios recibidos y proseguir la atención de seguimiento.</p> <p>Los establecimientos de referencia deben documentar los servicios prestados y los resultados de los pacientes. Este indicador debe desglosarse por tipo de evaluación (estadificación clínica o análisis de los linfocitos CD4). Las mujeres que hayan sido evaluadas mediante la estadificación clínica y el análisis de los linfocitos CD4 deberán contarse solo una vez, en la categoría de evaluadas mediante análisis de linfocitos CD4.</p>
Denominador	Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH en los 12 últimos meses

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>La evaluación puede llevarse a cabo en los consultorios de atención prenatal y en las unidades de atención y tratamiento de la infección por el VIH, en el centro o por derivación. Deben agregarse los datos de los registros apropiados, considerando en cuáles se recogen los datos, dónde se realiza la evaluación, los posibles recuentos dobles o subestimaciones y la necesidad de datos exactos para el nivel nacional.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud no gubernamentales que evalúen la idoneidad de las embarazadas seropositivas para el VIH para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o por derivación.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <p>a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH"; o</p> <p>b) multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).</p>
<p>Desglose</p>	<p>Método de evaluación de la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral: estadificación clínica, análisis de los linfocitos CD4</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>La ventaja de este indicador es que permite a los países vigilar en qué medida las embarazadas seropositivas para el VIH están recibiendo una intervención que es fundamental para obtener acceso al tratamiento antirretroviral en beneficio de su propia salud.</p> <p>No capta si las embarazadas seropositivas para el VIH que cumplían los requisitos para recibir el tratamiento antirretroviral en realidad lo recibieron.</p> <p>Aunque cada categoría es mutuamente excluyente, existe el riesgo de doble recuento cuando las embarazadas seropositivas para el VIH han sido evaluadas clínica e inmunológicamente, así como cuando son evaluadas en unidades o establecimientos distintos. Los países deben velar por que se implanten sistemas para reducir al mínimo el riesgo de recuento doble.</p> <p>Este indicador no capta a las mujeres que pudieran haber sido identificadas como seropositivas durante el parto y que posteriormente fueron evaluadas para determinar si podían recibir tratamiento antirretroviral.</p>

Otras consideraciones	<p>Se recomienda que los países hagan el desglose según el estado de idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral, a fin de obtener información adicional sobre las tendencias nacionales en el porcentaje de embarazadas que reúnen los criterios para recibir tratamiento con antirretrovirales.</p> <p>En los entornos donde las embarazadas seropositivas para el VIH son derivadas a otro establecimiento de salud u otra unidad de servicio dentro del mismo establecimiento de salud, los proveedores de servicios de salud deben esforzarse por documentar las derivaciones realizadas y los servicios que estas mujeres han recibido en el registro de atención prenatal y PTMI, con el fin de mejorar el seguimiento de las pacientes y la vigilancia de las embarazadas seropositivas para el VIH.</p>
Utilización de los datos	<p>La meta sería alcanzar el 100%; una vez que se alcance sistemáticamente el 100%, este indicador puede resultar obsoleto. Estudie la información adicional sobre los datos desglosados acerca de si la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral se evaluó mediante la estadificación clínica o mediante análisis de los linfocitos CD4, así como cualquier dato disponible sobre el tiempo transcurrido antes de recibir los resultados del recuento de los linfocitos CD4 en diversos lugares.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase hacer cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.</p>
Otras referencias	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º 4</p>

3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida)

Fundamento	El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse considerablemente mediante métodos complementarios de administración de antirretrovirales (ya sea como tratamiento o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, con profilaxis antirretroviral al lactante y antirretrovirales a la madre o al niño durante el período de lactancia (en caso de lactancia materna), así como la ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes segura.
Lo que mide	Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de antirretrovirales como profilaxis para los lactantes expuestos al VIH.
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas).
Denominador	Número calculado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los medicamentos antirretrovirales pueden administrarse a lactantes expuestos al VIH poco después del parto en los establecimientos de atención del parto, en el caso de los bebés que nacen en establecimientos, en los consultorios de atención posnatal ambulatorios o de atención pediátrica para bebés nacidos en el hogar y trasladados a un establecimiento, o bien, en centros para la atención y tratamiento de la infección por el VIH u otros, en función del país. Pueden emplearse tres métodos para calcular el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuento en el lugar de suministro de los antirretrovirales. En los entornos con tasas bajas de partos en establecimientos, los datos deben obtenerse de los registros de pacientes basándose en dónde se dispensan los antirretrovirales y dónde se registran los datos. Existe el riesgo de recuento doble en entornos donde los antirretrovirales se proporcionan en distintos momentos o en diferentes unidades de servicios o establecimientos de salud. Los países deben velar por que haya un sistema de obtención y notificación de datos para reducir al mínimo el recuento doble. - Recuento cerca del momento del parto: En los entornos donde una proporción elevada de mujeres da a luz en establecimientos, los países pueden calcular el numerador únicamente a partir del registro de partos mediante el conteo del número de lactantes de hasta 6 semanas expuestos al VIH que recibieron un esquema antirretroviral específico al ser dados de alta de la sala de partos. Quizá este sea el método más exacto y fiable para calcular este indicador en los entornos con una tasa elevada de partos en establecimientos y una tasa de seguimiento baja, dado que el esquema con antirretrovirales administrado se cuenta en el momento en que se suministra al lactante. - Recuento en establecimientos de salud posnatal o infantil: Los países también pueden contar y agregar el número de lactantes expuestos al VIH que recibieron profilaxis con antirretrovirales registrados en los consultorios de atención posnatal o salud infantil si la asistencia es elevada y es probable que pueda conocerse la situación del lactante en cuanto a su exposición al VIH (por ejemplo, a partir de los registros posnatales, registros independientes o registros integrados de lactantes expuestos al VIH). <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONG que estén proporcionando antirretrovirales a lactantes expuestos al VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil.</p>

	<p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum: utilice el “número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH” como indicador sustituto; o • multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal). • Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite que los países vigilen la cobertura de los regímenes antirretrovirales administrados o iniciados en los lactantes seropositivos para el VIH para reducir el riesgo de transmisión temprana del VIH de la madre al hijo.</p> <p>El indicador determina en qué medida se administraron los antirretrovirales a los lactantes como profilaxis. No capta si los antirretrovirales se consumieron; por lo tanto, no es posible determinar el cumplimiento del tratamiento con ARV ni si se completaron los regímenes antirretrovirales.</p>
Otras consideraciones	Los países que han creado mecanismos para llegar a los lactantes expuestos al VIH en el nivel de la comunidad con antirretrovirales deberán asegurarse de que existe un sistema de obtención de datos para la notificación de los lactantes que reciben regímenes antirretrovirales en el nivel de la comunidad.
Utilización de los datos	Compare el valor del indicador con la cobertura del esquema antirretroviral materno (indicador I-10) y analice el significado de los datos en el contexto del país. Es posible que algunos países deseen investigar más a fondo y hacer un examen comparativo del esquema profiláctico antirretroviral del lactante y el esquema antirretroviral materno.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase proporcionar cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil n.º 6

3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida

Fundamento	La profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol es una intervención sencilla y rentable para prevenir la neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> en los lactantes con infección por el VIH. Esta neumonía es la principal causa de enfermedades respiratorias graves en estos lactantes en los países con recursos limitados, y a menudo tiene lugar antes de que pueda diagnosticarse la infección por el VIH. Debido a las limitaciones de recursos y logística para diagnosticar la infección por el VIH en los lactantes pequeños, todos los lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH deben recibir profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, comenzando entre 4 y 6 semanas después del nacimiento y continuando hasta que se haya eliminado la infección y el lactante ya no esté en riesgo de adquirir el VIH a través de la lactancia materna.
Lo que mide	La provisión y cobertura de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para los lactantes expuestos al VIH, de acuerdo con las directrices internacionales. ⁴
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol en los 2 meses posteriores al nacimiento en los últimos 12 meses.
Denominador	Número estimado de embarazadas con infección por el VIH que han dado a luz en los 12 últimos meses.

⁴ WHO. Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: Recommendations for a public health approach [directrices para la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol para las infecciones relacionadas con el VIH en los niños, adolescentes y adultos; recomendaciones para un enfoque de salud pública]. Ginebra, OMS, 2006.

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los datos deben obtenerse de los registros de establecimientos apropiados, como los registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH. El registro utilizado puede depender de dónde se ofrecen los servicios. Por ejemplo, cuando los trabajadores de los establecimientos de atención de salud y tratamiento dan seguimiento a los lactantes expuestos al VIH, los países pueden obtener la información de los registros situados en esos establecimientos.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que ofrezcan profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol a los lactantes expuestos al VIH.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, utilice el "número de embarazadas que necesitan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil" como indicador sustituto, o • multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (que puede obtenerse de las estimaciones del organismo central de estadística, de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o de sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH de los servicios de atención prenatal), si no se dispone de los modelos de proyección del programa Spectrum. <p>Si hay datos sobre el número de nacidos vivos, estos deben ajustarse para obtener un mejor indicador sustituto.</p>
<p>Desglose</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Este indicador permite que los países vigilen el progreso en el seguimiento temprano de los lactantes expuestos mediante la medición del suministro de trimetoprim y sulfametoxazol de conformidad con las directrices internacionales. También puede usarse como un indicador sustituto de las consultas de seguimiento temprano de los lactantes expuestos en el período recomendado que abarca las 4 a 6 primeras semanas de vida. El indicador solo capta a los lactantes que vuelven a los servicios de seguimiento de lactantes expuestos al VIH en el plazo de 2 meses después del nacimiento. No mide la cobertura <i>real</i> de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol de los lactantes expuestos al VIH, dado que es posible que algunos hayan comenzado el tratamiento después de los 2 meses de vida. Un valor bajo del indicador apuntaría a un posible obstáculo en el sistema, incluidos la gestión deficiente de las existencias de trimetoprim y sulfametoxazol en el país, recopilación deficiente de datos y sistemas de distribución inadecuados.</p>

Otras consideraciones	<p>Es posible que los países también quieran documentar el suministro de trimetoprim y sulfametoxazol a los lactantes expuestos al VIH mayores de 2 meses como una manera de vigilar el progreso general del programa, detectar las dificultades en lo que respecta al inicio temprano de la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol y vigilar el consumo para determinar las necesidades relacionadas con las adquisiciones.</p> <p>La gestión inapropiada de los suministros puede afectar negativamente el valor del indicador y reducir considerablemente el acceso al trimetoprim y sulfametoxazol de los lactantes expuestos al VIH. Los países deben velar por que existan sistemas y herramientas apropiados, en particular herramientas para los sistemas de información de gestión logística, para obtener, distribuir y administrar adecuadamente los suministros en los niveles de establecimiento y distrito, y en el nivel central.</p>
Utilización de los datos	<p>Los datos también pueden examinarse como una indicación del número de lactantes expuestos que son atendidos en un establecimiento en el plazo de 2 meses después del nacimiento. Si el valor del indicador es bajo, investigue las razones (por ejemplo, los lactantes expuestos al VIH no están acudiendo a los centros en el plazo de 2 meses o si hay desabastecimientos de trimetoprim y sulfametoxazol, etcétera).</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Si este indicador se obtiene a partir de un subconjunto de establecimientos, añada las observaciones pertinentes con respecto a la representatividad.</p> <p>Opciones de triangulación: registros de las farmacias</p>
Otras referencias	<p>Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión materno-infantil n.º 8</p>

3.10 Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra) en los lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH en la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT

Fundamento	<p>El VIH puede transmitirse durante la lactancia materna incluso en los entornos donde el 100% de las embarazadas reciben tratamiento antirretroviral de por vida o profilaxis antirretroviral para la prevención de la transmisión materno-infantil. La alimentación mixta antes de los 6 meses de edad aumenta el riesgo de transmisión en comparación con la lactancia materna exclusiva. Por tanto, la OMS recomienda que las madres que amamantan y saben que están infectadas con el VIH deben recibir ARV para reducir el riesgo de transmisión, alimentar a sus bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses, introducir la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar la lactancia materna hasta los 12 meses.</p> <p>En la mayoría de los países, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT) administrada a la edad recomendada de 14 semanas es elevada. Se ha propuesto recoger los datos sobre la lactancia cuando se aplica esta vacuna porque la mayoría de los lactantes son examinados en establecimientos de salud y esta fecha está en el punto medio entre el nacimiento y el momento en que habría que suspender la lactancia materna exclusiva, haciendo que sea en cierto modo comparable a la manera en que la lactancia materna exclusiva suele registrarse en la población general en la encuesta demográfica y de salud.</p>
Lo que mide	<p>La alimentación⁵ de los lactantes expuestos al VIH, correspondiente a un período de 24 horas y medida en el momento de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT), que tiene lugar hacia los 3 meses de edad o en la consulta más próxima después de los 3 meses.</p>
Numerador	<p>Los numeradores se desglosan de la siguiente manera:</p> <p>I12a. Número de lactantes expuestos al VIH alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT.</p> <p>I12b. Número de lactantes expuestos al VIH que recibieron alimentación de reemplazo hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT.</p> <p>I12c. Número de lactantes expuestos al VIH que recibieron alimentación mixta hasta o alrededor de la fecha de la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT.</p> <p>Los numeradores captan solo las prácticas de alimentación de los lactantes con exposición al VIH conocida que han acudido a un establecimiento de salud.</p>
Denominador	<p>El denominador es el mismo para los tres indicadores: el número de lactantes expuestos al VIH cuyas prácticas de alimentación se evaluaron en el momento de la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT. Los lactantes tendrán una edad de 3 meses o más.</p>
	<p>Además de medir las prácticas de alimentación de los lactantes, estos estudios podrían examinar las razones por las que las mujeres que han elegido la lactancia materna o la alimentación de reemplazo practican o no la opción escogida exclusivamente, y si los criterios de aceptabilidad, viabilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad estaban presentes. También podrían examinar los tipos de alimentos y líquidos que se dan a los lactantes además de la leche materna o la leche maternizada antes de los 6 meses, y</p>

⁵ Las prácticas de alimentación de los lactantes medidas con este indicador se definen como sigue:

Lactancia materna exclusiva: El lactante recibe solo leche materna y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, a excepción de las gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos, hasta los 6 meses. El término leche materna se refiere a la leche de una nodriza y a la leche extraída de la madre.

Alimentación de reemplazo (nada de leche materna): Proceso de alimentación de un niño que no recibe en absoluto leche materna y que sigue un régimen alimentario que le proporciona todos los nutrientes que necesita hasta que llega a alimentarse por completo con los alimentos de la familia. Durante los 6 primeros meses, este tipo de alimentación debería realizarse con un sustituto adecuado de la leche materna; normalmente se trata de una leche maternizada comercial, dado que la leche de animales modificada en casa ya no se recomienda para alimentar a los lactantes durante el primer semestre de vida, salvo como medida de emergencia.

Alimentación mixta (equivalente a lactancia materna parcial): Alimentación con leche materna y con otros alimentos o líquidos para lactantes hasta los 6 meses de edad.

	<p>cuestiones referentes a la interrupción de la lactancia materna a los 6 meses y la alimentación complementaria a partir de este momento. Otro tema que debe examinarse es la repercusión del diagnóstico temprano de los lactantes en las prácticas de alimentación y, en el caso de que la repercusión sea negativa, qué puede hacerse para apoyar mejor a las madres en este momento.</p> <p>En los países donde el seguimiento de los lactantes expuestos se ha integrado en los servicios de extensión comunitaria, los programas deben considerar la posibilidad de identificar un sistema para recopilar datos en el nivel de la comunidad referentes a este indicador.</p> <p>Es posible que los países quieran considerar la posibilidad de recopilar esta información en otros momentos, por ejemplo tanto a las 6 semanas como a los 6 meses. Quizá también deseen calcular los indicadores con diferentes denominadores, como el número estimado de lactantes expuestos al VIH que deberían haber estado sujetos a un seguimiento.</p>
<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>Los numeradores se calculan a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos. Lo ideal es que los datos se obtengan de registros de establecimientos apropiados, como registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH, dependiendo de dónde se ubiquen los servicios y dónde se registren los datos.</p> <p>En cada consulta, el proveedor de servicios de salud debe preguntar acerca de las prácticas de alimentación del lactante durante las 24 horas anteriores, haciendo las siguientes preguntas: "¿Qué le dio de comer o beber a su bebé ayer durante el día y la noche?". Después de cada respuesta, el proveedor de servicios de salud debe preguntar: "¿Algo más?". La respuesta se registrará como lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución o alimentación mixta. Aunque estos datos se obtengan y consignen en cada consulta en la tarjeta de salud del niño, los proveedores solo deben consignarla una vez durante la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT. Este registro se usará para la recopilación y notificación en el nivel nacional. En los entornos donde los lactantes expuestos a VIH son examinados en establecimientos de atención y tratamiento para la infección por el VIH, los datos deben recogerse cuando el lactante tiene 3 meses.</p> <p>El denominador se calcula a partir del número total de lactantes expuestos cuyas prácticas de alimentación se evaluaron. No se incluye en el denominador a los lactantes expuestos que no asistieron a los establecimientos.</p> <p>Deben incluirse a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por organizaciones no gubernamentales que proporcionen servicios de seguimiento a los lactantes expuestos al VIH.</p>
<p>Desglose</p>	<p>Informe de la distribución de las prácticas de alimentación del lactante: lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra, sin clasificar u otra.</p>
<p>Puntos fuertes y débiles</p>	<p>Los indicadores miden los avances importantes en la implantación de prácticas de alimentación del lactante más seguras en las mujeres infectadas por el VIH y sus hijos lactantes. Pueden usarse para indicar la calidad de la orientación respecto a la alimentación del lactante (las tasas bajas de alimentación mixta probablemente indiquen que la orientación y el apoyo respecto a la alimentación del lactante son adecuados) y también para modelar la repercusión de la intervención en un país (véase el indicador básico n.º 12 de la guía de vigilancia y evaluación de la PTMI o el indicador 3.3 del GARPR: transmisión maternoinfantil del VIH modelada). Cabe señalar que el indicador no ofrece información acerca de la calidad de la alimentación de reemplazo que recibe el lactante ni sobre la repercusión de las prácticas de alimentación en la supervivencia infantil.</p> <p>La información puede compararse con las encuestas de la población (por ejemplo,</p>

	<p>encuestas demográficas y de salud), que vigilan las prácticas de alimentación del lactante en la población general.</p> <p>Los indicadores no pueden reflejar la distribución real de las prácticas de alimentación de los lactantes expuestos al VIH en el ámbito nacional, dado que no incluyen a los lactantes expuestos al VIH que han fallecido, ni a los lactantes cuyo estado en cuanto a la exposición al VIH no se conoce, ni a los lactantes expuestos al VIH cuyas madres no asistieron a un establecimiento con su lactante para la administración de la tercera dosis de la DPT o por otros motivos hacia los 3 meses de edad aproximadamente.</p>
Otras consideraciones	Para conocer completamente el grado y el tipo de las prácticas de alimentación del lactante, los países pueden considerar la posibilidad de llevar a cabo estudios especiales con una cohorte de mujeres infectadas por el VIH que elijan la alimentación de reemplazo y la lactancia materna exclusivamente.
Utilización de los datos	Examine la distribución de las prácticas de alimentación de los lactantes y analice las estrategias para introducir prácticas de menor riesgo.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase proporcionar cualquier tipo de información pertinente que nos permita interpretar mejor los datos notificados.</p> <p>Si no dispusiera de estos datos, incluya en la sección de observaciones una estimación de la distribución de las prácticas de alimentación del lactante en las mujeres seropositivas para el VIH del país.</p>
Otras referencias	Indicador básico para la vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil n.º 10

3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación

Notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase notificar el número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.</p> <p>Sírvase tomar nota de que debe contarse el número de personas y no el número de asistencias, es decir, si una mujer acude a tres consultas en un centro de atención prenatal sólo debe contarse una vez.</p> <p>Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o los establecimientos, o si el número representa muchas consultas en lugar de "al menos una consulta"), por favor haga alguna observación sobre la representatividad del número que está notificando.</p>
---	--

EURO solamente

3.11.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que interrumpieron el embarazo (EURO8)	
Fundamento	La interrupción del embarazo es habitual en los países de Europa oriental. Las embarazadas seropositivas para el VIH que interrumpen el embarazo no reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión maternoinfantil. Este indicador ayuda a evaluar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces en las mujeres seropositivas para el VIH y la calidad de la orientación sobre la salud reproductiva y la planificación familiar, y muestra las prácticas clínicas comunes.
Lo que mide	Este indicador mide la interrupción del embarazo en las embarazadas seropositivas para el VIH.
Numerador	Número de embarazos interrumpidos en las embarazadas seropositivas para el VIH durante el año de notificación.
Denominador	Número de mujeres seropositivas para el VIH que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	<p>La prevención de los embarazos no deseados en las mujeres seropositivas para el VIH y el mejor acceso a la planificación familiar y la anticoncepción eficaz son elementos clave de una estrategia integral de prevención de la transmisión maternoinfantil.</p> <p>Este indicador ayuda a mejorar los servicios de planificación de la salud reproductiva para las mujeres seropositivas para el VIH.</p>
Utilización de los datos	<p>Se deben examinar las tendencias con el transcurso del tiempo. Aunque no se solicita desglose alguno en este indicador, los datos desglosados por zona geográfica en el país (de estar disponibles) son útiles para que en el análisis dentro del país se puedan determinar las áreas con un desempeño inferior.</p> <p>Este indicador repercutirá sobre otros indicadores, entre ellos la cobertura del tratamiento antirretroviral.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Es importante incluir observaciones sobre la manera en que se calculó el indicador. Podrían registrarse variaciones debidas a políticas de detección del VIH diferentes en las embarazadas entre los países, por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Las pruebas de detección del VIH se ofrecen a todas las embarazadas, incluso aquellas que interrumpen el embarazo. 2) Las pruebas de detección del VIH se ofrecen solamente a las mujeres que continúan con el embarazo, excluidas aquellas que deciden interrumpirlo.

3.11.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el período de notificación (EURO9)

Fundamento	El número y porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el período de notificación brinda la base para calcular las tasas notificadas de transmisión maternoinfantil del VIH. Además, la cesárea electiva es
------------	---

	una intervención que reduce el riesgo de transmisión maternoinfantil. Este indicador ayudará a hacer el seguimiento del acceso a las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil y a calcular la tasa de transmisión maternoinfantil, y brindará información sobre las prácticas actuales en el sistema de salud.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de mujeres seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el año de notificación.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que dieron a luz durante el año de notificación.
Denominador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que registraron algún embarazo durante el período de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Modo del parto: parto normal incluida la cesárea urgente frente a la cesárea electiva (definida como toda cesárea realizada antes de que se produzcan contracciones uterinas y de que se rompa el saco amniótico)
Puntos fuertes y débiles	La cesárea electiva en las mujeres seropositivas para el VIH ha sido una de las intervenciones clave antes de que se comenzara a usar el tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil. Si se usa el tratamiento antirretroviral y la viremia a las 36 semanas de gestación es de menos de 1000 copias/ml estas intervenciones ofrecen pocos beneficios. De todas maneras sigue habiendo países en la Región en los que no hay acceso al monitoreo rutinario de la carga viral. Si no se conoce la carga viral, la cesárea electiva es una intervención importante para prevenir la transmisión maternoinfantil.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a calcular la tasa de transmisión maternoinfantil.

Indicadores específicos para la OPS

3.12.1 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH ("recién nacidos expuestos al VIH") en el 2012 (o los datos más recientes de los que se disponga)

Lo que mide	Número notificado de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en un año calendario definido (2012).
-------------	--

3.12.2 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH, clasificadas como con estado serológico indeterminado (es decir, mujeres cuyo seguimiento no fue posible, que fallecieron antes del diagnóstico definitivo o con resultados de laboratorio indeterminados)

Lo que mide	El número de niños nacidos durante el año calendario definido (2012) de madres seropositivas para el VIH que no terminaron las pruebas diagnósticas para evaluar su estado serológico con respecto al VIH puesto que no fue posible hacerles el seguimiento, fallecieron, fueron derivadas a otro establecimiento o no se les realizó la prueba.
-------------	--

3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH

Lo que mide	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico positivo del VIH.
-------------	--

3.12.4 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) que recibieron un diagnóstico negativo del VIH

Lo que mide	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico negativo del VIH.
-------------	--

3.13 Indicador específico para EURO sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil (embarazadas que consumen drogas inyectables)

3.13.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables (EURO11)	
Fundamento	Las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. Una proporción considerable de los niños seropositivos para el VIH o abandonados nacieron de mujeres seropositivas para el VIH que consumían drogas. Es un tema estratégico para la Región mejorar el acceso de las mujeres que consumen drogas inyectables a las intervenciones y los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas para el VIH que se inyectaron drogas durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que eran consumidoras de drogas inyectables
Denominador	Número de mujeres seropositivas para el VIH que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El consumo de drogas inyectables y de sustancias psicotrópicas siempre ha estado asociado al estigma y la discriminación. En consecuencia, algunas mujeres que consumen drogas inyectables podrían no notificar este hecho a los prestadores de servicios de salud o estar menos predispuestas a buscar servicios de salud, por lo que es posible que se subestime la prevalencia real del consumo de drogas inyectables y que algunas mujeres que consumen drogas inyectables no reciban los servicios que necesitan.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias sobre el consumo de drogas inyectables en embarazadas seropositivas para el VIH y a planificar mejor las intervenciones para abordar este tema.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante colocar una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

3.13.2 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo (EURO12)	
Fundamento	Las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. El tratamiento de sustitución de opiáceos es una intervención crucial para mejorar el acceso de las mujeres que consumen drogas inyectables a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos (metadona, buprenorfina) durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos durante el embarazo.
Denominador	Número de mujeres diagnosticadas como seropositivas para el VIH y que consumen drogas inyectables que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Se ha documentado que el tratamiento de sustitución de opiáceos es una intervención eficaz para mejorar el resultado del embarazo, incluida una tasa menor de morbilidad y mortalidad neonatal. Debido al estigma y la discriminación que sufren las mujeres que consumen drogas inyectables, algunas podrían subnotificar el consumo de drogas inyectables, lo que a su vez tendría una repercusión sobre el indicador y llevaría a subestimar la cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias y el acceso de las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables al tratamiento de sustitución de opiáceos.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante colocar una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

3.13.3 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil durante el embarazo (EURO13)

Fundamento	Las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables siguen siendo el grupo poblacional al que resulta más difícil llegar con las intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil. El tratamiento antirretroviral es una intervención crucial para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil en las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables.
Lo que mide	Este indicador mide la proporción de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que reciben antirretrovirales durante el embarazo.
Numerador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables que reciben antirretrovirales durante el embarazo.
Denominador	Número de mujeres que consumen drogas inyectables con un diagnóstico positivo del VIH que registraron algún embarazo durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador se calcula sobre la base de los registros del programa nacional consolidados a partir de los registros de los establecimientos de salud.

Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	Los datos sobre la atención prenatal a menudo no están completos y pueden influir sobre este indicador. Debido al estigma y la discriminación que sufren las mujeres que consumen drogas inyectables, algunas podrían subnotificar su consumo de drogas inyectables, lo que a su vez repercutiría sobre este indicador. El indicador no mide el cumplimiento del tratamiento.
Utilización de los datos	Este indicador ayudará a hacer el seguimiento de las tendencias y el acceso de las embarazadas seropositivas para el VIH que consumen drogas inyectables a los antirretrovirales.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Es importante colocar una nota que aclare si el numerador y el denominador incluyen solamente las mujeres que consumen drogas inyectables que dieron a luz o incluyen además aquellas que interrumpieron el embarazo.

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para el 2015

4.1 Porcentaje de adultos y niños que actualmente están recibiendo tratamiento antirretroviral

Tenga en cuenta que el indicador mencionado arriba se describe en la primera parte de las directrices, mientras que el siguiente indicador sobre el número de personas que recién comienzan el tratamiento con ARV se agrega al indicador 4.1 y no está incluido en las directrices.

4.1 Adicional: Tratamiento de la infección por el VIH con antirretrovirales Número de adultos y niños que reúnen los criterios para el tratamiento con ARV que lo comenzaron durante el período de notificación (2013)	
Fundamento	Además de la cobertura, es importante seguir el inicio del tratamiento antirretroviral. La comparación de la evolución del número de personas en TAR al final de los años (indicador G2) no informa sobre el número de personas que recién lo han iniciado, ya que en el primer año de tratamiento el síndrome de desgaste es elevado; es decir, no todos los pacientes que comenzaron el tratamiento en el año de notificación lo continúan al final del año. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que recién iniciaron el TAR durante el año de notificación.
Lo que mide	Número de adultos y niños que reúnen los criterios para el tratamiento antirretroviral y lo comenzaron durante el año de notificación (2013). Evolución anual del número de pacientes recién incluidos en el TAR.
Numerador	Los registros de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral y los formularios de gestión de suministro de medicamentos. Se cuenta el número de pacientes recién incluidos en el TAR durante el período de notificación. No deben contarse los pacientes con registros que fueron trasladados desde otro establecimiento y que temporalmente suspendieron el tratamiento y han empezado de nuevo en el período de notificación (riesgo de recuento doble). En este indicador no se incluyen los ARV tomados para evitar la transmisión maternoinfantil (excepto el TAR para la salud de la propia madre) y la profilaxis posterior a la exposición.
Desglose	Por sexo: Masculino, femenino Por grupo de edad: menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, mayores de 15 años Público o privado Por modo de transmisión, situación con respecto al consumo de drogas inyectables, situación con respecto al tratamiento de sustitución de opiáceos, situación de prisión (solamente Región de Europa) Este y otros desgloses deben incluirse en la sección de observaciones si están disponibles.

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite vigilar las tendencias en el comienzo del tratamiento antirretroviral, pero no distingue entre las distintas formas de tratamiento, ni mide el costo, la calidad ni la eficacia del tratamiento administrado, que variarán dentro del país y entre los países, y pueden cambiar con el tiempo.</p> <p>El grado de utilización del TAR dependerá de factores como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y la calidad de los servicios prestados, la disponibilidad y la respuesta a los servicios de pruebas de detección del VIH y orientación voluntarias, la percepción de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.</p>
Otras consideraciones	Este indicador debe analizarse teniendo en consideración la "lista de espera", por ejemplo, los pacientes que reúnen los criterios para recibir TAR pero no lo han comenzado.
Utilización de los datos	Además del número de pacientes de edad avanzada retenidos en el tratamiento antirretroviral (retención en el TAR), se requiere el número de pacientes que recién comenzaron el tratamiento para hacer una planificación precisa de los recursos y el aprovisionamiento de medicamentos, evitándose así la escasez y el desperdicio.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Doble notificación: Si los pacientes trasladados no están registrados correctamente y los pacientes a los que se da seguimiento en diferentes centros no están identificados, se corre el riesgo de doble notificación, lo que puede dar lugar a una sobreestimación de la cobertura del tratamiento antirretroviral. Si este es el caso, sírvase proporcionar observaciones al respecto.</p> <p>Del mismo modo, si los pacientes que dejaron temporalmente el TAR y después lo reiniciaron se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimarán el número real de pacientes que acaban de comenzar el tratamiento.</p>
	<p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulado normalmente generado por todos los establecimientos de salud, de otra manera, puede calcular el comienzo de la cobertura del tratamiento antirretroviral. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos cuando sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia en que se compare el número de pacientes nuevos en el registro de la farmacia y en el registro del tratamiento antirretroviral.</p>
Otras referencias	Indicador y directrices del PEPFAR

4.2 Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral	
a) 12 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2013 b) 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011 c) 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008	
Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida. Medir la retención de este tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los programas, al inferir sus repercusiones y destacar los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.
Lo que mide	Este indicador mide la retención en el tratamiento antirretroviral relacionada con el aumento de la supervivencia y la voluntad de continuarlo. Debe registrarse a los 12 meses y cuando el seguimiento tiene una mayor duración; aquí se describe la retención de 24 y 60 meses (la retención de 12 meses se incluye en el GARPR). Este indicador completa la cobertura del programa midiendo la eficacia.
Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los <i>b)</i> 24 meses y <i>c)</i> 60 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en <i>b)</i> 2011 y <i>c)</i> 2008).
Denominador	<p><i>b)</i> A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.</p> <p><i>c)</i> A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de vigilancia de los programas, registro del tratamiento antirretroviral y formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes según el período en que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 24 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 2 años, y la evaluación a los 60 meses a todos los que lo iniciaron hace 5 años. Si los datos disponibles no concuerdan con este período anual típico, es importante especificar el período en el que los pacientes iniciaron el tratamiento.</p>

Desglose	<p>En las personas que comenzaron el tratamiento (denominador), además de notificar 1) el número de personas con vida y en tratamiento (numerador), también es importante notificar 2) el número de pérdidas de seguimiento, 3) el número de personas que abandonaron el tratamiento y 4) el número de las que fallecieron. Estos cuatro resultados deben sumar el número de personas que comenzaron el tratamiento antirretroviral.</p> <p>Al generar información en los establecimientos, los pacientes trasladados al centro deben incluirse en las estadísticas y los pacientes trasferidos a otro centro deben excluirse. En la recopilación de los informes de los centros, si el número de pacientes trasferidos al centro y fuera de este se suman a nivel nacional, estas estadísticas deben notificarse para realizar el análisis de los 12 meses.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La continuación del tratamiento antirretroviral se relaciona principalmente con la supervivencia (pero también con la voluntad de continuar el tratamiento). La supervivencia puede reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características básicas de los pacientes que han comenzado el tratamiento. La estadificación clínica, inmunitaria y virológica son factores pronóstico independientes de la supervivencia bajo TAR. Las características de referencia de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y, en particular, a comparar los centros que ofrecen TAR.</p>
Otras consideraciones	<p>Si no se dispone de los datos sobre la retención a los 24 meses o a los 60 meses para los pacientes que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 o el 2008, respectivamente, pero se dispone de los datos de los pacientes que lo iniciaron durante un período anterior (por ejemplo, 2010 o 2009 en el primer caso, o 2007 o 2006 en el segundo), sírvase especificar dicho período en la sección de observaciones (por ejemplo, "Inició el tratamiento antirretroviral entre [mes]/[año] y [mes]/[año]).</p> <p>El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en tratamiento antirretroviral de forma continua durante el período de 24 meses o 60 meses. Por ejemplo, los pacientes que pudieran haber faltado a una o dos citas o a recoger sus medicamentos y hubieran suspendido temporalmente el tratamiento, pero siguen registrados como en tratamiento en el mes 24 o 60 se incluyen en el denominador. Por el contrario, no se incluyen en el numerador aquellos pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o considerados pérdidas de seguimiento transcurridos 24 o 60 meses desde el inicio del tratamiento.</p> <p>En los países donde este indicador no se genera en todos los centros de tratamiento antirretroviral, sino en un subconjunto de establecimientos, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad y esto debe mencionarse en la sección de observaciones.</p>
Utilización de los datos	<p>Indique cualquier retención particularmente baja y determine las causas mediante el análisis de la distribución de los pacientes que no están en tratamiento antirretroviral, ya sea por fallecimiento, abandono del tratamiento o pérdida durante el seguimiento. Si los datos están disponibles, intente determinar la población de pacientes perdidos durante el seguimiento a fin de examinar si es probable que hayan fallecido, dejado el tratamiento o sido trasladados. Compare las cohortes.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Representatividad nacional: Si este indicador solo se produce en un subconjunto de establecimientos, debe señalarse la fuente de información y si la información es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretroviral.</p>

EURO solamente

4.2.1 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables seropositivos para el VIH que siguen con vida y en tratamiento a los a) 12 meses, b) 24 meses y c) 60 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (EURO4)	
Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida que aumenta la supervivencia y reduce la transmisión. En la Región de Europa de la OMS, en la que los usuarios de drogas inyectables son los más afectados por la epidemia de la infección por el VIH/sida, el acceso al tratamiento antirretroviral y la retención en dicho tratamiento son intervenciones clave de la respuesta del sector de la salud.
Lo que mide	Este indicador mide la retención en el tratamiento antirretroviral relacionada con el aumento de la supervivencia y la voluntad de continuarlo. Debe registrarse a los 12 meses y luego de manera anual tras el inicio del tratamiento. Este indicador completa la cobertura del programa al medir la eficacia.
Numerador	Número de personas que consumen drogas inyectables que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral: a) a los 12 meses, b) a los 24 meses y c) a los 60 meses después de iniciar el tratamiento.
Denominador	<p>a) A los 12 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 y que, por lo tanto, se esperaba que alcanzaran los 12 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2013), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 12.</p> <p>b) A los 24 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 y que, por lo tanto, se esperaba que alcancen los 24 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2013), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 24.</p> <p>c) A los 60 meses: número total de personas que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 y que, por lo tanto, se esperaba que alcancen los 24 meses de tratamiento dentro del período de notificación (2013), incluidas aquellas que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellas que han suspendido el tratamiento y aquellas registradas como pérdidas de seguimiento al mes 60.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de vigilancia de los programas, registro del tratamiento antirretroviral y formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención en 3 intervalos distintos, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes que consumen drogas inyectables según el momento en el que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 12 meses debe incluir a todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento en el último año; la evaluación a los 24 meses a todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento hace 2 años; y a los 60 meses todos los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento hace 5 años. Si los datos disponibles no concuerdan con este período anual típico, es importante especificar el período de cálculo utilizado y el momento en el que los pacientes iniciaron el tratamiento.</p> <p>Los pacientes que consumen drogas inyectables deben seguir con vida y en tratamiento antirretroviral a los 12, 24 y 60 meses de inicio del tratamiento. El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en tratamiento de manera continua durante el período de</p>

	<p>12, 24 o 60 meses. Los pacientes que no hayan asistido a una o dos consultas o no hayan recogido sus medicamentos una o dos veces y hayan suspendido el tratamiento temporalmente durante los 12, 24 o 60 meses desde el inicio, pero que se haya registrado que aún continúan en tratamiento al mes 12, 24 o 60 deben incluirse en el numerador. Por el contrario, aquellos pacientes que hayan muerto, suspendido el tratamiento o que se hayan registrado como pérdidas de seguimiento a los 12, 24 o 60 meses desde el inicio no deben incluirse en el numerador.</p> <p>Al generar información a nivel del establecimiento, deben incluirse en las estadísticas aquellos pacientes trasladados desde otro establecimiento y deben excluirse aquellos pacientes trasladados fuera del establecimiento. Para la recopilación del informe de cada establecimiento, si el número de pacientes trasladados desde otro establecimiento o trasladados fuera de él debe sumarse a nivel nacional; estas estadísticas deben informarse en los análisis de 12 meses.</p>
Desglose	En la medida en que sea posible, este indicador debe desglosarse por sexo, edad (menores o mayores de 15 años) y por tratamiento de primera o de segunda línea en el punto final.
Puntos fuertes y débiles	La continuación del tratamiento antirretroviral se relaciona principalmente con la supervivencia (aunque, además, con la voluntad de continuar el tratamiento). La supervivencia puede reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características iniciales de los pacientes que consumen drogas inyectables que iniciaron el tratamiento antirretroviral. La estadificación clínica, inmunitaria y virológica son factores pronóstico independientes de la supervivencia bajo el tratamiento antirretroviral. Para las personas que consumen drogas inyectables, diversos problemas subyacentes de salud pueden además afectar las tasas de supervivencia. Las características iniciales de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y a comparar los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral.
Otras consideraciones	En aquellos países donde este indicador no se genere en todos los centros de tratamiento antirretroviral, sino en un subconjunto de establecimientos, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad.
Utilización de los datos	Indique toda cobertura particularmente baja y utilice los datos para evaluar las causas. Intente obtener datos sobre la distribución de aquellas personas que no están en tratamiento antirretroviral: fallecimiento, abandono del tratamiento o pérdida durante el seguimiento. Si los datos están disponibles, intente evaluar la población de pacientes perdidos durante el seguimiento a fin de determinar si es probable que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o trasladados. Compare las cohortes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: Si este indicador solo se produce en un subconjunto de establecimientos, debe señalarse la fuente de información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretroviral.

4.3a Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral	
Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una de las piedras angulares del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento.
Lo que mide	<p>El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).</p> <p>La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). Dentro de los establecimientos de salud se encuentran los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y los consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como centros de salud gestionados por organizaciones religiosas o no gubernamentales.</p>
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que notifican la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretroviral. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben tener un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.</p> <p>Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles, siempre que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de tratamiento antirretroviral directamente (es decir, lo recetan o realizan el seguimiento clínico) o envían a los pacientes a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios. Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas o los censos de establecimientos es que generalmente sólo se hacen una vez cada cierto número de años.</p> <p>Los países deben actualizar periódicamente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de tratamiento antirretroviral y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.</p>
Desglose	<p>Sector: público, privado</p> <p>Por tipo: hospital centro de salud, centro de atención prenatal, centro antituberculoso, establecimiento de salud para el tratamiento de las ITS</p>

Puntos fuertes y débiles	Este indicador aporta información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de tratamiento antirretroviral en los establecimientos de salud, pero no recoge información sobre la calidad de los servicios prestados. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos. La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.
Otras consideraciones	Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecerlo en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH. Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR.
Utilización de los datos	Examine los avances en cuanto al porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan tratamiento antirretroviral. El análisis de los datos desde el punto de vista geográfico y por tipo de establecimiento de salud, y la triangulación de los datos con las estimaciones de la densidad de la infección por el VIH puede ayudar a comprender mejor dónde es preciso aumentar la disponibilidad de los servicios de TAR.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores. Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH/sida), sírvase facilitar esta información complementaria.
Otras referencias	Otros indicadores recomendados para el programa nacional de lucha contra el sida n.º 5

4.3b Establecimientos de salud Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico	
Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una piedra angular del tratamiento eficaz contra la infección por el VIH, y medir el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico proporciona información valiosa sobre la capacidad de abordar la atención de la infección en los niños.
Lo que mide	Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como los establecimientos de salud gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales.
Método y herramientas de medición	<p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que ofrecen servicios de TAR pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos normalmente se mantiene a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben contar con un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR. Un censo o encuesta de los establecimientos de salud también puede proporcionar esta información, junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando esta se recopile de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas permiten establecer si el proveedor de ese establecimiento ofrece servicios de TAR pediátrico directamente o refiere a los pacientes a otros establecimientos.</p> <p>Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas y los censos de los establecimientos es que generalmente se realizan una vez cada cierto número de años. Los países deben actualizar regularmente sus registros de programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR pediátrico y complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de los establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.</p> <p>La herramienta de notificación del acceso universal no pide introducir un denominador, pero algunos países que están tratando de ampliar el TAR pediátrico a nivel nacional pueden considerar el "número total de establecimientos de salud", excluidos aquellos establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes; este número puede calcularse sumando el número total de establecimientos incluidos en la muestra. La información para conformar el denominador puede obtenerse de los registros de los programas, las listas de establecimientos o las estrategias nacionales o documentos de planificación. Se deben excluir los establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes (por ejemplo, los establecimientos especializados en la atención oftálmica, donde nunca se introducirá el TAR).</p>
Desglose	Sector: público, privado

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador facilita información valiosa sobre la disponibilidad de los servicios de TAR pediátricos, pero no recoge información sobre la calidad del servicio prestado. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol, tratamiento de las infecciones oportunistas y las enfermedades concomitantes, apoyo nutricional y cuidados paliativos.</p> <p>La simple vigilancia de la disponibilidad del TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que prestan servicios de TAR, con el fin de planificar la ampliación de los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal.</p> <p>Una posible limitación de los censos y las encuestas de los establecimientos es que se realizan una vez cada cierto número de años, por lo es posible que no recojan la información más actualizada, sobre todo en los entornos donde recientemente se ha intensificado el aumento de los servicios.</p>
Otras consideraciones	<p>Una estrategia para aumentar los servicios de TAR es ofrecer el tratamiento, incluido el pediátrico, en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR de los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) a los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios de TAR pediátrico proporciona un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH.</p> <p>Según el tipo de epidemia que afecte al país, el denominador pudiera no ser tan importante si la estrategia del programa de lucha contra la infección por el VIH está dirigida a un número limitado de lugares que ofrecen el TAR pediátrico.</p>
Utilización de los datos	<p>Examine las tendencias a lo largo del tiempo. Explore el número de establecimientos que ofrecen TAR en relación con el número calculado de niños que lo necesitan.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase señalar si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos, o de una encuesta. Si se trata de una encuesta, no olvide indicar el año en que se realizó. Indique asimismo si faltan datos del sector privado o de otros sectores.</p> <p>Si es posible notificar fácilmente cualquier otra información sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen TAR pediátrico (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen tratamiento antirretroviral en zonas con gran concentración de personas con infección por el VIH), sírvase facilitar esta información complementaria.</p>
Otras referencias	<p>Otros indicadores recomendados del ONUSIDA para el programa nacional de lucha contra el sida n.º 5</p>

4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario	
Fundamento	A medida que los países aumentan los servicios de tratamiento antirretroviral, es importante conseguir que los antirretrovirales estén al alcance de las personas que los necesitan. El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección por el VIH avanzada, por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Es necesaria una gestión eficaz de los suministros de ARV para que no falten reservas de estos medicamentos.
Lo que mide	Este indicador mide un aspecto fundamental de la gestión de los suministros de ARV: si los establecimientos de salud que suministran dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios en los 12 últimos meses.
Numerador	Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses
Denominador	Número total de establecimientos de salud que suministran ARV.
Método y herramientas de medición	<p>Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedidos de ARV. Los formularios contienen información sobre los pacientes que reciben TAR, datos de consumo e información sobre las existencias y el desabastecimiento si fuera el caso.</p> <p>Este indicador requiere las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los informes de control de inventario de los establecimientos de salud que indiquen la cantidad de existencias de cada artículo; • los formularios de pedidos enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, último período de pedido, último trimestre, año pasado) de los ARV; y • la lista de los ARV que cada establecimiento tiene previsto suministrar, si no está incluida en los informes de control de inventario o en los formularios de pedido. <p>Lo mencionado anteriormente funciona si el sistema nacional de información de gestión logística está en funcionamiento. Si no lo está, pueden utilizarse encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de la Provisión de Servicios o la Cartografía de Servicios Disponibles, a condición de que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARV.</p> <p>Si existe un sistema nacional de información de gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, se debe extraer información de este sistema para generar el indicador. Otra posibilidad es que sea necesario recopilar la información mediante una encuesta especial o visitas a los centros. Si solo hay un número limitado de establecimientos de salud que suministran ARV en el país, todos ellos deberán incluirse en la encuesta o en las visitas; por el contrario, si el número es muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que suministran ARV (la lista completa debe estar disponible en el nivel nacional). Durante el muestreo es importante asegurarse de que la muestra incluya los diferentes niveles (central, distrital y periférico). En los países donde los ARV se distribuyen en las farmacias u otros establecimientos no sanitarios, también deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la factibilidad dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística.</p>
Desglose	Sector: público, privado

Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador capta un componente crucial del programa de tratamiento antirretroviral: si existe o no un suministro continuo e ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales en el nivel de los establecimientos de salud.</p> <p>Sin embargo, no suministra información sobre las causas de los problemas de desabastecimiento, sobre los antirretrovirales que están agotados ni sobre cuánto duró el desabastecimiento de un antirretroviral concreto. Tampoco informa acerca de la calidad del almacenamiento, la entrega y la distribución de los medicamentos antirretrovirales.</p>
Otras consideraciones	<p>En algunas situaciones, la simple vigilancia de los desabastecimientos podría resultar engañosa, dado que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener una política de no expedir las existencias de reserva. Estos establecimientos no debieran contarse dentro de los que han tenido un desabastecimiento según la definición del indicador, aun cuando los pacientes no habrán de recibir el antirretroviral necesario para el tratamiento. En los entornos donde las existencias de reserva no se expiden durante los desabastecimientos de antirretrovirales es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad a obtener acceso o usar un antirretroviral necesario).</p>
Utilización de los datos	<p>Si hay desabastecimientos, evalúe si el problema reside en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema relacionado con una corriente financiera o una escasez mundial. Averigüe si la razón se debe a las previsiones del pedido de suministros, al sistema de distribución o a otra cuestión. Aproveche la ocasión para verificar si el sistema de información de gestión logística está funcionando.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Indique si los datos se basan en los datos nacionales o en los datos de encuestas de una muestra de establecimientos. Sírvase incluir toda observación que pueda ayudar a interpretar los datos (por ejemplo, si sólo se incluyen datos del sector público o del privado, y si puede haber una sobrevaloración o infravaloración).</p>
Otras referencias	<p>Indicadores armonizados del seguimiento y la evaluación para los sistemas de gestión de compras y suministros.</p>

Para la OPS solamente

4.5 Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas para el VIH cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l en el 2013	
Fundamento	<p>A medida que los países expanden los servicios relacionados con la infección por el VIH, es importante determinar si las personas reciben el diagnóstico en una etapa temprana (o qué porcentaje aún lo recibe en una etapa posterior).</p>
Lo que mide	<p>Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/μl entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.</p>
Numerador	<p>Número de personas seropositivas para el VIH cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/μl en el 2013.</p>
Denominador	<p>Número total de personas seropositivas para el VIH que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2013.</p>

4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento antirretroviral	
4.6.a Número total de personas incluidas en la atención de la infección por el VIH al fin del período de notificación	
4.6.b Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación (2013)	
Fundamento	Además de las pruebas de detección del VIH, es importante hacer el seguimiento del vínculo con la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. La comparación de la evolución del número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH al finalizar el año no indica el número de personas nuevas que se registraron en la atención de la infección por el VIH, especialmente debido a que las pérdidas en la cascada del proceso continuo de la atención de la infección por el VIH pueden ser elevadas con un síndrome de desgaste importante y pérdidas de seguimiento. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que están registrados en servicios de atención de la infección por el VIH en espera de iniciar el tratamiento antirretroviral o que ya están recibiendo el tratamiento durante el año de notificación.
Lo que mide	Número de adultos y niños en seguimiento de la atención de la infección por el VIH por parte de los servicios de salud durante el período de notificación (2013). Las personas que están recibiendo atención incluyen aquellas que acudieron a los servicios de atención de la infección por el VIH al menos una vez durante el año de notificación. Evolución anual del número de pacientes seropositivos para el VIH incluidos en los servicios de atención de la infección por el VIH.
Método y herramientas de medición	Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del período de notificación.
Desglose	Por sexo: masculino, femenino Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años Por modo de transmisión (Región de Europa solamente)
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar las tendencias con respecto al total de los pacientes vinculados con los servicios de atención de la infección por el VIH, pero no pretende distinguir entre la atención de la infección y el tratamiento antirretroviral, ni medir el costo, la calidad o la eficacia del tratamiento prestado. El nivel de inicio del tratamiento antirretroviral dependerá de factores como nuevas políticas, el costo en relación con el ingreso local, la infraestructura y la calidad de la prestación de servicios, la disponibilidad y aceptación de los servicios voluntarios de pruebas de detección y orientación conexas, y las percepciones de la eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.
Otras consideraciones	Este indicador debe analizarse teniendo en consideración la "lista de espera", por ejemplo, los pacientes que reúnen los criterios para recibir TAR pero no lo han comenzado.

Utilización de los datos	Además del número de personas que está recibiendo tratamiento antirretroviral, el número de pacientes que recibe atención es necesario para una planificación precisa de los recursos y reservas de medicamentos (a fin de evitar el desabastecimiento y el desperdicio).
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Notificación doble: Si los pacientes son trasladados y esto no se registra correctamente, o si los pacientes están siendo seguidos en distintos centros de atención de la infección por el VIH y no están correctamente identificados, hay un riesgo de notificación doble que podría conducir a una sobreestimación de pacientes que iniciaron el tratamiento. Si este fuera el caso, por favor indíquelo.</p> <p>De igual manera, si hay pacientes que dejan de recibir el tratamiento antirretroviral y, al reanudarlo, se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimará el número real de pacientes nuevos que comenzaron el tratamiento.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulativo, producido generalmente por todos los establecimientos de salud. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos según sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia, a fin de comparar el número de personas que están recibiendo la prueba, el número de pacientes en el registro de la farmacia y el número en el registro del tratamiento antirretroviral.</p>
Otras referencias	Indicador y directrices del PEPFAR

4.7 Supresión viral

4.7.a Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral suprimida en el período de notificación

4.7.b Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran un nivel de ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento (2013)

Fundamento	<p>La carga viral es la manera en que se recomienda medir la eficacia del tratamiento antirretroviral y, además, proporciona una indicación del cumplimiento del tratamiento y del riesgo de transmisión del VIH a nivel individual y de la población.</p> <p>El tratamiento antirretroviral eficaz reduce la transmisión del VIH. Diversos estudios han apoyado la premisa de que el tratamiento de la persona infectada por el VIH puede reducir significativamente la transmisión sexual del VIH. La supresión de la carga viral a niveles indetectables debería reducir en gran medida el riesgo de transmisión a un compañero no infectado. El tratamiento antirretroviral también previene la transmisión perinatal del VIH. Este tratamiento se considera eficaz cuando reduce sistemáticamente la carga viral plasmática a niveles indetectables.</p> <p>Las personas que reciben tratamiento antirretroviral a menudo desarrollan resistencia al tratamiento. Un factor determinante clave del fracaso terapéutico es el aumento de la carga viral. La medición de la supresión viral (carga viral ≤ 1000 copias/ml) es un indicador programático clave que indica un tratamiento eficaz.</p>
Lo que mide	La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel

	<p>de >1.000 copias/ml.</p> <p>Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina "carga viral indetectable", generalmente entre 50 y 400 copias/ml.</p> <p>La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.</p>
Numerador	<p>4.7.a (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación y que muestran una carga viral reducida (es decir, ≤ 1000 copias)</p> <p>4.7.b (datos de cohorte) Número de personas a las que se les mide la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión viral (carga viral ≤ 1000 copias) durante el período de notificación</p>
Denominador	<p>4.7.a (datos transversales) Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación</p> <p>4.7. b (datos de cohorte) Número de personas a las que se les mide la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación</p>
Método y herramientas de medición	<p>En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.</p>
Desglose	<p>Por grupo de edad: <15, 15+</p> <p>Por sexo: masculino o femenino</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Puntos fuertes: la determinación de la carga viral brinda información sobre el cumplimiento terapéutico, la eficacia del tratamiento y el riesgo de transmisión a nivel individual y programático.</p> <p>Puntos débiles: la capacidad de medir la carga viral está aumentando, aunque sigue siendo limitada en entornos de ingresos bajos. Los datos resumidos del indicador de la carga viral pueden no ser representativos de la carga viral de la población en tratamiento antirretroviral más amplia, puesto que es posible que los resultados puedan obtenerse solamente de un subconjunto que no sea representativo. <i>Esto se aplica en especial si la prueba de la carga viral no se realiza de manera sistemática a todos los pacientes en tratamiento antirretroviral sino tan solo de manera selectiva a aquellos que presentan resultados del tratamiento cuestionables. Los valores de corte de la carga viral para determinar el fracaso terapéutico no se han acordado a escala mundial.</i> Los valores para</p>

	definir la carga viral indetectable varían de acuerdo con la sensibilidad de la prueba utilizada.
Otras consideraciones	<p>Por estas razones, este indicador solo se aplica si la determinación de la carga viral se realiza de manera sistemática (en lugar de solo cuando es necesario).</p> <p>Es importante restringir este indicador a las <i>personas</i> en tratamiento antirretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el período de notificación.</p> <p>En algunos entornos se usan muestras de gotas de sangre seca para medir la carga viral. Este enfoque se considera poco preciso en la actualidad en niveles bajos y, por lo tanto, se debe aplicar un umbral más alto para definir la falla virológica (>3000 copias/ml).</p>
Utilización de los datos	Las pruebas de la carga viral pueden ayudar a los programas a planificar las necesidades de medicamentos de segunda línea (en caso de fracaso terapéutico) y las posibles intervenciones para limitar la transmisión del VIH. El porcentaje de pacientes con carga viral indetectable es una medición aproximada del éxito del programa.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>El sistema de seguimiento de los pacientes puede proporcionar tanto datos transversales como de cohorte. Los datos de cohorte también pueden obtenerse de estudios especiales. Si se utilizan datos de laboratorio, estos datos deben ajustarse para evitar contar dos veces a los pacientes a los que se les realiza más de una prueba de medición de la carga viral en el período de notificación.</p> <p>Fuente de los datos: estudios de cohorte frente a estudios transversales.</p> <p>Número de personas a las que se les realizó la prueba para medir la carga viral.</p>
Otras referencias	Indicadores de alerta temprana de farmacoresistencia del VIH

Objetivo 5. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH para el 2015

5.2 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa (nuevo)

Fundamento	<p>El principal objetivo de las actividades de intensificación de la detección es la detección temprana de la tuberculosis en personas seropositivas para el VIH y el suministro rápido de tratamiento contra la tuberculosis y tratamiento antirretroviral, lo que, si se pone en práctica de manera óptima junto con el suministro de tratamiento antirretroviral temprano, profilaxis con isoniazida y prácticas de control de las infecciones transmitidas por aire, reduce la carga de la tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH.</p> <p>A pesar de que la intensificación de la detección debe implementarse aun en todos los centros de atención y tratamiento de la infección por el VIH en la primera consulta, es sumamente importante en las personas seropositivas para el VIH que ingresan por primera vez en la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, dado que el riesgo de que tengan tuberculosis sin detectar es mayor que en las personas que ya están recibiendo el tratamiento antirretroviral. Por lo tanto, este indicador mide tanto la carga de la tuberculosis activa en las personas seropositivas para el VIH que ingresan por primera vez en la atención de la infección por el VIH como el acceso al diagnóstico de la tuberculosis.</p>
Lo que mide	El número total de casos de tuberculosis detectados en pacientes seropositivos para el VIH que se incorporan por primera vez en la atención del VIH (etapa previa al tratamiento o tratamiento antirretroviral) durante el período de notificación.
Numerador	Número total de adultos y niños que se incorporan por primera vez en la atención de la infección del VIH a quienes se les diagnostica tuberculosis activa durante el período de notificación.
Denominador	Número total de adultos y niños que se incorporan por primera vez en la etapa previa al tratamiento o en el tratamiento antirretroviral durante el período de notificación.

Método y herramientas de medición	<p>El resultado de la evaluación con respecto a la tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH que concurren a los establecimientos de tratamiento antirretroviral (ya sea que se diagnostique tuberculosis o no) debe registrarse en la tarjeta del tratamiento antirretroviral (en la columna de “investigaciones” o “encuentros”) y en el registro de la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral (en las secciones de seguimiento mensual o trimestral respectivamente).</p> <p>Al final del período de notificación se debe contar el número total de casos de tuberculosis detectados en las personas seropositivas para el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención de esa infección, es decir, aquellos que se ingresan en el registro de la etapa previa al tratamiento y en el registro del tratamiento antirretroviral, durante el período de notificación. Se debe tener cuidado de no contar dos veces a la misma persona si figura en los dos registros. El ingreso directo en el registro del tratamiento antirretroviral puede formar parte de una adaptación del país y los pacientes con tuberculosis que se detecten entre aquellos ingresados en este registro durante el período de notificación pueden contarse y considerarse en el numerador. El denominador es el número total de personas seropositivas para el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el mismo período.</p> <p>Este indicador debe recopilarse a partir de los registros de la etapa previa al tratamiento o tratamiento antirretroviral y resumirse en informes transversales trimestrales. También se lo puede evaluar a partir de una muestra sistemática de tarjetas de pacientes en la atención de la infección por el VIH o tratamiento antirretroviral durante revisiones anuales de seguimiento de los pacientes.</p>
Desglose	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (menores o mayores de 15 años)
Puntos fuertes y débiles	Este indicador mide la carga que representa la tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención del VIH. Además mide indirectamente el nivel de acceso al diagnóstico de la tuberculosis en los casos de infección por el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención. Sin embargo, no considera la carga de los casos de coinfección que se detectan al hacer la prueba de detección del VIH en pacientes con tuberculosis que pueden no estar incorporados en la atención del VIH. La carga real de tuberculosis en personas seropositivas para el VIH puede ser todavía más elevada dado que algunos pacientes pueden seguir asintomáticos o tener una forma diseminada de tuberculosis que no se detecte durante la evaluación a menos que haya una sospecha muy clara o que en la evaluación se utilicen instrumentos sumamente sensibles.
Otras consideraciones	Los datos deben recopilarse de manera continua y notificarse al nivel subnacional o nacional como parte de la presentación sistemática de informes transversales trimestrales.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Se trata de un indicador “nuevo”, por lo que se solicita a los países que hagan comentarios sobre cualquier problema que encuentren en la notificación, en especial si no pueden notificar este indicador.

5.3 Porcentaje de adultos y niños que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	
Fundamento	Procurar que las personas seropositivas para el VIH que reúnen los criterios para recibir tratamiento de la infección tuberculosa latente lo reciban y reducir con ello la incidencia de la tuberculosis en las personas seropositivas para el VIH.
Lo que mide	El número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la infección tuberculosa latente, profilaxis con isoniazida, expresado como la proporción del número total de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH durante un período dado.
Numerador	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH (iniciaron la etapa previa al tratamiento o el TAR) que también comenzaron (se les ha suministrado al menos una dosis) profilaxis con isoniazida durante el período de notificación. La atención de la infección por el VIH incluye tanto la etapa previa al tratamiento como el tratamiento antirretroviral.
Denominador	Número de adultos y niños que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH en el período de notificación.
Método y herramientas de medición	La tarjeta de tratamiento de la infección por el VIH y el registro modificado de la atención de la infección por el VIH. Los datos necesarios para calcular este indicador se obtienen de los registros de la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral en los centros que prestan servicios de atención de la infección por el VIH, en función del centro donde se administra la profilaxis con isoniazida. El tamizaje de la tuberculosis debe realizarse en los pacientes seropositivos para el VIH. Se ofrecerá profilaxis con isoniazida a los pacientes que <i>no</i> presenten signos de tuberculosis activa, según las directrices acordadas a escala nacional. Deben registrarse todos los pacientes que aceptan este tratamiento preventivo y han recibido como mínimo la primera dosis. Esta información se consigna en una columna suplementaria de los registros de atención de la infección por el VIH. La previsión exacta de las necesidades de suministro de medicamentos exige la recopilación de información más detallada.
Desglose	Ninguno
Puntos fuertes y débiles	El tratamiento de la infección tuberculosa latente disminuirá la incidencia de tuberculosis activa en las personas con serología positiva para el VIH que contrajeron la infección tuberculosa, pero que no padecen la enfermedad. Incluir a los pacientes que han recibido como mínimo una dosis es relativamente sencillo, incluso en los entornos con recursos limitados. Esta información es la mínima necesaria para asegurar que se está ofreciendo tratamiento preventivo de la tuberculosis a los pacientes seropositivos para el VIH que no presentan signos clínicos de tuberculosis activa. Sin embargo, a menos que se recojan datos complementarios, este indicador no aporta ninguna información sobre el número de pacientes que cumplen con el tratamiento preventivo de la tuberculosis o lo completan. La obtención de datos más completos sobre la adherencia terapéutica o la finalización del tratamiento exige recursos mucho mayores, pero es posible que los programas deseen emprender estudios periódicos a fin de establecer, por ejemplo, las tasas de adherencia y la exactitud del cuestionario del tamizaje.

Otras consideraciones	<p>En un registro del tratamiento preventivo de la tuberculosis (con isoniazida) mantenido en las farmacias, se consignará la asistencia de los usuarios (generalmente mensual) para recoger más suministros de medicamentos. A partir de este registro, los establecimientos podrían notificar trimestralmente el número de casos nuevos, de casos que continúan el tratamiento y de casos que lo finalizan. Cuando se recopila esta información sistemáticamente, el indicador preferido sería el número de usuarios seropositivos al VIH que finalizan el tratamiento de la infección tuberculosa latente, expresado como una proporción del número total de usuarios seropositivos al VIH que comenzaron este tratamiento.</p> <p>Según los datos de centros de pruebas piloto, al parecer se puede prever que muchos de los usuarios seropositivos al VIH comenzarán el tratamiento preventivo de la tuberculosis; algunos no cumplirán los requisitos para recibir el tratamiento, algunos lo rechazarán y otros abandonarán la iniciativa durante el tamizaje. La proporción de personas que probablemente comenzará el tratamiento preventivo depende del algoritmo de tamizaje usado (por ejemplo, cuando se usa la prueba cutánea de la tuberculina como método de tamizaje, disminuye el número pacientes que reúnen los criterios) y también del tipo de establecimiento donde se estableció el diagnóstico de infección por el VIH.</p>
Utilización de los datos	<p>Cuando el valor del indicador es bajo, se deben explorar las razones y comparar los datos desglosados con el promedio nacional, a fin de detectar los lugares que precisan una atención especial y los motivos de la cobertura insuficiente. Se deben explorar mejor los demás datos existentes sobre la finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis.</p>
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	<p>Sírvase incluir observaciones acerca de si los datos proporcionados cubren todo el país o si provienen de una muestra (en ese caso, facilite detalles sobre lo que representan los datos y sobre toda conjetura hecha a fin de extrapolar los datos para obtener una cifra nacional).</p>
Otras referencias	<p><i>A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities</i> [guía para el seguimiento y la evaluación de las actividades de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis]</p>

5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta

Fundamento	Este es un indicador de procedimientos de una actividad que busca disminuir los efectos de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH. Su valor revelará en qué medida se ha aplicado la recomendación de hacer la prueba de la tuberculosis a las personas con infección por el VIH, en el momento del diagnóstico y en las consultas de seguimiento, utilizando la consulta más reciente como medida de referencia.
Lo que mide	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la consulta más reciente.
Numerador	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la consulta más reciente. <i>La atención de la infección por el VIH incluye la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral.</i>
Denominador	Número total de adultos y niños que reciben servicios de atención para la infección por el VIH durante el período de notificación

<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>La OMS recomienda el uso de un algoritmo de tamizaje simplificado para intensificar la detección de casos de tuberculosis activa, que incluye 4 síntomas clínicos: 1) tos, 2) fiebre, 3) pérdida de peso y 4) sudores nocturnos.</p> <p>El estado con respecto a la tuberculosis debe determinarse con este algoritmo simplificado en cada consulta que tenga lugar durante el período de notificación (“Sí”, en caso de “ningún signo”, “presunción” o “en tratamiento” y “No”, cuando no se determina el estado con respecto a la tuberculosis) y consignarse en la tarjeta asistencial de la infección por el VIH o del TAR, y transferirse a los registros correspondientes del TAR previo o el TAR, según corresponda, en todos los establecimientos que prestan servicios habituales relacionados con la atención de la infección por el VIH. Se entiende por incluidos en la atención a todos los pacientes que continúan recibiendo atención durante el período de notificación y a los recién incluidos. Estos datos deben analizarse y notificarse junto con otros datos transversales a escala nacional.</p> <p>El numerador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó durante el período de notificación. Se debe tener cuidado de contabilizar a los pacientes que comenzaron el tratamiento antirretroviral durante el período de notificación en el registro del TAR y no en el registro del TAR previo.</p> <p>El denominador de los pacientes en TAR previo corresponderá al número de pacientes atendidos durante el período de notificación. El denominador de los pacientes en tratamiento antirretroviral será el número de pacientes actualmente en TAR durante el período de notificación.</p> <p>El denominador se toma de los registros del TAR previo y del TAR, contabilizando el número de pacientes que acudieron a una consulta durante el período de notificación. Este dato se consigna luego en el formulario de notificación transversal.</p> <p>Los programas de lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH deben colaborar para que se apliquen los criterios acordados sobre la detección de casos presuntos de tuberculosis y para que los métodos utilizados en el tamizaje de la tuberculosis concuerden con los protocolos del programa de control de la tuberculosis.⁶</p>
<p>Desglose</p>	<p>Ninguno</p>

⁶ Un método propuesto para realizar el tamizaje sería preguntar a los usuarios con prueba serológica positiva para el VIH si siguen actualmente un tratamiento antituberculoso. En caso negativo, se les interrogaría sobre los principales síntomas de la enfermedad tuberculosa (es decir, tos de más de dos semanas de duración, fiebre persistente, sudores nocturnos, pérdida de peso inexplicada y aparición de linfadenopatías). Se podría utilizar una lista de verificación sencilla y toda respuesta afirmativa indicaría que la persona puede considerarse un caso presunto de tuberculosis. Cuando con el cuestionario se califica a un paciente como caso presunto de tuberculosis (según los protocolos nacionales), es necesario examinarlo a fin de descartar el diagnóstico tuberculosis (o remitirlo a un servicio de tuberculosis para su evaluación) y tratarlo adecuadamente. Debe proponerse el tratamiento preventivo con isoniazida durante seis meses a los pacientes que no presenten signos de tuberculosis.

Puntos fuertes y débiles	<p>En las personas con infección por el VIH, la evaluación del estado con respecto a la tuberculosis, seguida de una remisión inmediata con fines diagnósticos y terapéuticos, aumenta las probabilidades de supervivencia, mejora la calidad de vida y disminuye la transmisión de la tuberculosis en la comunidad. Esta evaluación permite detectar a las personas seropositivas para el VIH que no presentan ningún indicio clínico de tuberculosis activa, a quienes sería útil el tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida.</p> <p>Este indicador no mide la calidad de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis ni revela si en los pacientes calificados como casos presuntos se practicó un examen complementario o eficaz de la tuberculosis. Sin embargo, el indicador sí destaca la importancia de la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis en las personas con infección por el VIH en el momento del diagnóstico y en cada contacto que tengan con los servicios de tratamiento y atención de la infección por el VIH.</p> <p>Los programas deben procurar alcanzar un valor elevado para este indicador (cerca del 100%), pero deben interpretarlo conjuntamente con los indicadores relacionados con el porcentaje de personas que acuden a los servicios de atención de la infección por el VIH que: a) están en tratamiento antituberculoso y b) recibieron el tratamiento de la infección tuberculosa latente, con el fin de verificar si después del tamizaje se toman las medidas apropiadas. Un valor bajo de este indicador revelará que es poco probable que se cumpla con el objetivo B de disminuir los efectos de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH.</p>
Utilización de los datos	Véase la sección sobre los puntos fuertes y los puntos débiles para interpretar los datos y definir los campos de intervención que precisan un examen complementario. Cuando el valor del indicador es bajo, deben analizarse los datos desglosados y buscar las razones de este resultado.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Sírvese formular observaciones acerca de la forma en que se recogieron estos datos y sobre toda conjetura hecha al establecer un cálculo a escala nacional.
Otras referencias	<i>A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities</i> [guía para el seguimiento y la evaluación de las actividades de atención de la infección por el VIH y la tuberculosis]

Preguntas de política

P.1b Preguntas de política de la OMS	
Pruebas de detección del VIH y orientación conexas	<p>Las políticas o directrices nacionales actuales sobre las pruebas de detección del VIH y la orientación conexas:</p> <p>En cada caso indicar: sí, no, especificar: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿abordan la realización de las pruebas en niños? - ¿abordan la realización de las pruebas en adolescentes? - ¿abordan la realización de las pruebas en “menores maduros”? - ¿abordan la realización de las pruebas en grupos poblacionales clave y grupos vulnerables? - ¿recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en todos los encuentros con pacientes? - ¿recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en todas las embarazadas? - ¿recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en los grupos poblacionales vulnerables y que presentan un riesgo mayor? - ¿avalan las pruebas rápidas que suministran el resultado en el mismo día? - ¿avalan las pruebas de detección del VIH y la orientación conexas proporcionadas por los servicios comunitarios? - ¿avalan las pruebas rápidas (en el lugar de atención) realizadas por trabajadores comunitarios o no profesionales?
Tratamiento antirretroviral	<p>Estado de la revisión de las directrices del tratamiento antirretroviral</p> <p>Indique el año en que se realizó la revisión completa más reciente:</p> <p>Directrices para el tratamiento antirretroviral en adultos: año _____</p> <p>Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil: año _____</p> <p>Directrices para el tratamiento pediátrico con antirretrovirales: año _____</p> <p>¿Se han adaptado por medio de un proceso nacional las recomendaciones de las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH?</p> <p>En cada caso indique: 1) sí, proceso terminado; 2) proceso continuo; 3) no; 4) otro (especificar) _____</p> <p>Directrices para el tratamiento antirretroviral en adultos:</p> <p>Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil:</p> <p>Directrices para el tratamiento pediátrico con antirretrovirales:</p> <p>¿Cuáles son las metas nacionales del tratamiento antirretroviral?</p> <p>Número de personas en tratamiento antirretroviral establecido en la meta _____ y año: _____</p> <p>Meta de cobertura del tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil: ____ % para el año _____</p> <p>Si las directrices nacionales recomiendan que el valor de inicio sea un número de 500 CD4, ¿se otorga prioridad a las personas con < 350 CD4 o a aquellas con un cuadro clínico avanzado?</p> <p>1) Sí, 2) No, 3) No se aplica (por ejemplo, el país todavía no ha adoptado un valor de inicio de 500 CD4), 4) Si la respuesta es afirmativa, especifique _____</p> <p>¿Cuáles son los criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral en lactantes y</p>

	<p>niños?</p> <p>- Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas: 1) < 5 años, 2) < 2 años, (3) otra (especificarla _____)</p> <p>- Valor de inicio de CD4 establecido para niños de 5 años de edad o más que no presentan síntomas: 1) independientemente del recuento de CD4, 2) ≤ 500, 3) ≤ 350, 4) otro valor (especificarlo _____)</p> <p>¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretroviral para todos los pacientes seropositivos para el VIH con tuberculosis activa? 1) Sí, 2) No, 3) Otra recomendación (especificarla _____)</p> <p>¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretroviral para todas las personas seropositivas para el VIH con hepatitis B y un cuadro de hepatopatía grave? 1) Sí, 2) No, 3) Especificar _____</p> <p>¿Usa el país combinaciones de dosis fija como tratamiento antirretroviral de elección? 1) Sí, 2) No, 3) Otro tratamiento de elección (especificarlo _____)</p> <p>Esquema de tratamiento</p> <p>¿Es la combinación antirretroviral de TDF + 3TC (o FTC) + EFV la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos? 1) Sí, 2) No</p> <p>¿Hay una política para eliminar gradualmente la d4T? 1) Sí, 2) No, 3) Otra (especificar _____)</p> <p>¿Es la combinación antirretroviral de AZT + 3TC (o FTC) + ATV/r (o LPV/r) la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de segunda línea en adolescentes y adultos? 1) Sí, 2) No, 3) Otra (especificar _____)</p> <p>¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) de elección en menores de 3 años de edad? 1) Abacavir (ABC), 2) Zidovudine (AZT), 3) Estavudine (d4T), 4) Otra (especificar _____)</p> <p>¿Se consideran de elección los esquemas basados en LPV/r en todos los lactantes y niños < 36 meses (independientemente de la exposición a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa o INNTI) en las directrices nacionales? 1) Sí, en todos los casos; 2) No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNTI solamente, 3) No se lo recomienda</p> <p>¿Se recomienda el efavirenz (EFV) como el INNTI de elección en niños de 3 años de edad o más? 1) Sí, 2) No, 3) Otro (especificar _____)</p> <p>¿Cuál es la estructura recomendada de INTI en niños de 3 a 10 años de edad?</p>
--	---

	<p>1) TDF + 3TC (o FTC); 2) AZT + 3TC (o FTC); 3) ABC + 3TC (o FTC); 4) Otra (especificarla _____)</p> <p>¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para adolescentes que pesan > 35 kg y tienen al menos 10 años de edad?</p> <p>1) TDF + 3TC (o FTC); 2) AZT + 3TC (o FTC); 3) ABC + 3TC (o FTC); 4) Otra (especificar _____)</p> <p>Seguimiento:</p> <p>¿Se usa en el país la tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención?</p> <p>1) ¿Qué proporción de hospitales de distrito ofrecen el recuento de CD4 en el lugar de atención? Indique un porcentaje estimativo ____ %</p> <p>2) ¿Qué proporción de establecimientos de atención primaria de salud tienen acceso a tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención para utilizarla con pacientes, ya sea en el propio sitio o mediante la derivación a un lugar cercano? Indique un porcentaje estimativo ____ %</p> <p>Prestación de servicios:</p> <p>¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios se incluyen en la política nacional de TAR?</p> <p>Provisión de TAR en los consultorios de atención de la tuberculosis a cargo de prestadores de dicha atención:</p> <p>Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de prestadores de dicho tratamiento</p> <p>Provisión de TAR en consultorios de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, a cargo de prestadores de dicha atención</p> <p>Provisión de TAR en los entornos que proporcionan tratamiento de sustitución de opiáceos</p> <p>Agentes sanitarios de la comunidad que participan en el apoyo a pacientes de TAR</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH</p> <p>Prueba de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR</p> <p>Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR</p> <p>Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR</p> <p>¿Cuáles de las siguientes políticas sobre la coinfección están vigentes? (Las preguntas se deben hacer con respecto a los adultos y niños):</p> <p>Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH</p> <p>Búsqueda intensificada de casos de tuberculosis en personas seropositivas para el VIH</p> <p>Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH</p> <p>Profilaxis con cotrimoxazol</p>
<p>Prevención de la transmisión materno infantil</p>	<p>¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH?</p> <p>1) En caso afirmativo, especifique la meta o metas con respecto a la tasa de transmisión materno infantil y el año: _____</p> <p>2) No</p> <p>3) En caso afirmativo, especifique la meta o metas con respecto a la eliminación y el año: _____</p>

	<p>¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?</p> <p>1) Sí, integrado con la iniciativa para la eliminación de la transmisión del VIH u otra iniciativa de eliminación</p> <p>2) Sí, independiente (no está integrada con ninguna iniciativa de eliminación de la transmisión del VIH ni de otra enfermedad)</p> <p>3) Ningún plan nacional</p> <p>¿Cuál es la opción de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad?</p> <p>Opción A:</p> <p>Opción B: En caso afirmativo, desde el año _____</p> <p>Opción B+: En caso afirmativo, desde el año _____</p> <p>Si actualmente se está usando la opción A, ¿se ha planificado la transición a la opción B o B+?</p> <p>1) Sí, 2) No, 3) En caso afirmativo, indique el año: _____</p> <p>¿Cuál es el esquema antirretroviral de primera línea que se recomienda actualmente para mujeres seropositivas para el VIH que están embarazadas o amamantando?</p> <p>1) TDF + 3TC (o FTC) + EFV</p> <p>2) Otro, especificar _____</p> <p>¿Cuál es el esquema de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad para los lactantes expuestos al VIH y cuál es la duración que se recomienda?</p> <p>Tratamiento de prevención de la transmisión maternoinfantil recomendado a nivel nacional en la actualidad</p> <p>Duración</p> <p>¿Hay alguna recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes expuestos al VIH?</p> <p>1) Sí: lactancia materna (duración _____ meses o no se la especifica _____)</p> <p>2) Sí: alimentación de sustitución</p> <p>3) Sí: se recomiendan las dos opciones, la decisión se deja librada al nivel individual o se basa en el entorno</p> <p>4) No</p> <p>Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres seropositivas para el VIH y los lactantes expuestos, ¿se especifica la duración?</p> <p>___ Sí</p> <p>___ No</p> <p>En caso afirmativo, sírvase especificar la duración en meses: ()</p>
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	<p>¿Hay directrices o recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de las ITS? De haberlas, ¿en qué año fue la actualización más reciente?</p> <p>___ Sí</p> <p>En caso afirmativo, año de la actualización (___)</p> <p>___ No</p>
Grupos poblacionales	<p>¿Cuáles de los siguientes grupos poblacionales clave o grupos vulnerables se</p>

clave	<p>abordan explícitamente en la política o los planes nacionales contra la infección por el VIH?</p> <p>hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero, profesionales del sexo, personas que consumen drogas inyectables, reclusos, poblaciones adolescentes clave</p> <p>¿Cuáles de los siguientes componentes del conjunto integral de intervenciones de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a los profesionales del sexo se ejecutan el país?</p> <p>1) Programa integral de distribución de condones (sí/no) 2) Pruebas de detección del VIH y orientación conexas (sí/no) 3) Tratamiento antirretroviral y atención de la infección por el VIH (sí/no) 4a) Tratamiento de las ITS sintomáticas (sí/no) 4b) Tratamiento de las ITS asintomáticas (sí/no) 4c) Tratamiento presuntivo periódico de las ITS (sí/no) 5) Conjunto integral de intervenciones para los profesionales del sexo que consumen drogas inyectables (sí/no) 6) Empoderamiento de los profesionales del sexo (participación en la planificación y ejecución de las actividades de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS) (sí/no)</p> <p>¿Cuáles de los siguientes componentes del conjunto integral de intervenciones de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se ejecutan el país?</p> <p>1) Programa integral de distribución de condones (sí/no) 2) Pruebas de detección del VIH y orientación conexas (sí/no) 3) Tratamiento antirretroviral y atención de la infección por el VIH (sí/no) 4) Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (sí/no) 5) Conjunto integral de intervenciones para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que consumen drogas inyectables (sí/no)</p>
Circuncisión masculina (solo se aplica a 14 países)	<p>¿Cuál es el cronograma actual y el número previsto de circuncisiones masculinas voluntarias por razones médicas? Meta: ____ Año: ____</p> <p>¿En qué estado se encuentran la vigilancia y planificación operativa? (marque las casillas que correspondan): Existe un plan operativo para el 2014 Se ha realizado una revisión anual del desempeño del programa de circuncisión masculina:_____ En caso afirmativo, sírvase especificar en qué año _____ La circuncisión masculina está integrada en los programas de atención infantil: La circuncisión masculina está vinculada con la salud reproductiva y sexual del adolescente:</p> <p>¿Qué métodos de circuncisión masculina por razones médicas se recomiendan? Métodos quirúrgicos convencionales (corte posterior, uso de pinzas, escisión del prepucio)</p> <p>Se ha aprobado para su uso un método precalificado con algún dispositivo</p>

	(especificar): ____
Vigilancia	<p>¿Hay vigilancia centinela de grupos poblacionales especiales en el país? en caso afirmativo indique: cada ____ años; número de sitios ____; encuesta más reciente en el año ____</p> <p>i) Mujeres atendidas en servicios de atención prenatal</p> <p>ii a) Profesionales del sexo</p> <p>ii b) Personas que consumen drogas inyectables</p> <p>ii c) Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres</p> <p>ii d) Personas transgénero</p> <p>iii) Otros grupos poblacionales específicos (indique cuáles _____)</p>
Seguimiento y evaluación	<p>¿Cuál es el estado actual de la planificación del seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH?</p> <p>Hay un plan nacional de seguimiento y evaluación. Actualización más reciente en el año ____</p> <p>Se realizó una revisión del sistema de seguimiento y evaluación. Año en que se realizó la revisión más reciente ____</p> <p>Se ha planificado una revisión del sistema de seguimiento y evaluación que se hará en el año ____</p>
Farmacorresistencia del VIH	<p>¿Hay una estrategia nacional vigente sobre la farmacorresistencia del VIH? 1) sí, 2) no, 3) en caso afirmativo, ¿está incorporada en la estrategia nacional contra la infección por el VIH?</p> <p>¿Ha llevado a cabo el país la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH según los siguientes protocolos de la OMS?</p> <p>En cada en que la respuesta sea afirmativa, indique el año de la encuesta más reciente ____ y el año de la próxima encuesta ____</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encuestas sobre farmacorresistencia transmitida 2. Encuestas sobre farmacorresistencia previa al tratamiento 3. Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida 4. Encuestas sobre farmacorresistencia pediátrica 5. Vigilancia de los indicadores de alerta temprana de la farmacorresistencia del VIH; en caso afirmativo, número de consultorios de tratamiento antirretroviral que participan: ____
Vigilancia de la toxicidad	<p>¿Cuál es el estado de la vigilancia nacional de la toxicidad de los antirretrovirales? Especifíquelo: _____</p> <p>Existe una política o estrategia nacional sobre la vigilancia de la toxicidad de los antirretrovirales</p> <p>Actividades de vigilancia de la toxicidad en una etapa piloto</p> <p>Actividades de vigilancia de la toxicidad que forman parte de un programa nacional</p> <p>Datos de vigilancia de la toxicidad integrados en la presentación de información sobre seguimiento y evaluación dentro de los programas de tratamiento antirretroviral</p>
Planificación y revisión estratégicas	<p>¿Cuál es el estado de la elaboración de programas nacionales contra la infección por el VIH/sida (que incluyan la infección por el VIH en el sector de la salud)?</p> <p>____ El plan estratégico nacional contra la infección por el VIH está vigente del año ____ al año ____</p> <p>La próxima revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud) está planificada para el año ____</p>

	<p>¿Se abordan los siguientes elementos en la estratégica nacional actual contra la infección por el VIH (sector de la salud)?</p> <p>a) Logro del acceso universal al tratamiento antirretroviral</p> <p>b) Colaboración entre los servicios de atención de la infección por el VIH y servicios de otro tipo, incluida la salud reproductiva</p> <p>c) Fortalecimiento de los sistemas de salud</p> <p>d) Reducción de las desigualdades</p>
Salud reproductiva e investigación	<p>En su país, ¿hay sitios de prestación de servicios que brinden atención psicológica y médica apropiadas, al igual que apoyo a las mujeres y los hombres que han sufrido violaciones o incesto?</p> <p>La atención y el apoyo médicos y psicológicos están en consonancia con las recomendaciones de las directrices clínicas y de política de la OMS sobre la violencia infligida por la pareja: <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines (2013)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos • Se proporciona anticoncepción de urgencia a las mujeres que acuden a los servicios dentro de los 5 días • Se ofrece un aborto seguro si una mujer está embarazada como consecuencia de violación, en conformidad con lo que establezca la ley nacional • Se proporciona profilaxis posterior a la infección por el VIH y las ITS (en las 72 horas posteriores a una agresión sexual) según sea necesario <p>___ Sí</p> <p>___ No</p>

Apéndice 1. Indicadores de la coinfección por VIH y hepatitis (EURO)

EURO15 Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B	
Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis B (VHB), especialmente en la Región de Europa de la OMS, debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHB. Las pruebas del VHB fundamentan la estrategia de los médicos con respecto al tratamiento del paciente (recomendando la vacunación contra la hepatitis B de las personas que no están infectadas ni vacunadas, o una mayor evaluación y tratamiento de la hepatitis B). Esto forma parte de un enfoque integrado del tratamiento de las personas seropositivas al VIH que se promueve en la Región de Europa.
Lo que mide	Este indicador mide el número de personas seropositivas para el VIH incluidas en la atención del VIH a las que se les realizó la prueba con el antígeno HBs a fin de abordar las necesidades del paciente con respecto a la hepatitis B.
Numerador	Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B con el antígeno HBs durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	Se calcula a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que permite a los países hacer un seguimiento de la medida en la que se está realizando a los pacientes seropositivos para el VIH la prueba de la hepatitis B: una intervención crucial para evaluar las necesidades relativas al tratamiento de la hepatitis B. La presencia de HBs durante un mínimo de 6 meses indica hepatitis B crónica y hace que los médicos clínicos sepan que se necesita una evaluación mayor clínica y de laboratorio y tratamiento. Conocer el estado serológico con respecto al VIH y la hepatitis B permite recetar antirretrovirales que son eficaces tanto para la infección por el VIH como para la infección por el VHB.
Otras consideraciones	Como parte de este indicador, también se solicita información adicional sobre el número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis B y que fueron diagnosticados con hepatitis B durante el período de notificación. Estos datos permiten evaluar el acceso al tratamiento de aquellos que lo necesitan.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

EURO16	
Porcentaje de casos de hepatitis B seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B que recibieron tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH	
Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis B (VHB) debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHB. Las tasas de coinfección son particularmente elevadas en la Región de Europa de la OMS, donde una gran proporción de las infecciones por el VIH se relacionan con el consumo de drogas inyectables. El tratamiento de la hepatitis B en personas seropositivas para el VIH tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida, la esperanza de vida y la mortalidad de los pacientes. Algunos antirretrovirales son eficaces tanto para el VIH como el virus de la hepatitis B, lo que simplifica el tratamiento de los pacientes que presentan una coinfección.
Lo que mide	Este indicador mide el número de pacientes coinfectados por el VIH y el VHB que reciben tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH con antirretrovirales eficaces para ambos virus en pacientes incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se evaluó con respecto a la evolución de la hepatitis y se determinó que reunían los criterios para recibir tratamiento.
Numerador	Número de casos de hepatitis B seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B y de la infección por el VIH que recibieron tratamiento tanto para la hepatitis B como para la infección por el VIH con ARV eficaces para ambos virus durante el año de notificación.
Denominador	Número de casos de hepatitis B positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis B y de la infección por el VIH durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador y el denominador se calculan a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que proporciona información sobre la carga de la hepatitis B en personas seropositivas al VIH. También permite hacer el seguimiento del acceso al tratamiento de la hepatitis B para las personas seropositivas para el VIH coinfectadas por VHB que reúnen los criterios para el tratamiento.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

EURO17 Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de detección de la hepatitis C	
Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis C (VHC), especialmente en la Región de Europa de la OMS, debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHC. Las pruebas del VHC fundamentan la estrategia de los médicos con respecto al tratamiento del paciente (mayor evaluación y tratamiento de la hepatitis C si es lo que se indica u orientación sobre la manera de minimizar el riesgo de infección por el VHC en el futuro). Esto forma parte de un enfoque integrado del tratamiento de las personas seropositivas al VIH que se promueve en la Región de Europa.
Lo que mide	Este indicador mide el número de personas seropositivas para el VIH en atención de la infección por el VIH a las que se les realizó la prueba a/b de detección de la hepatitis C a fin de abordar las necesidades de salud del paciente con respecto a la hepatitis C.
Numerador	Número de adultos y niños seropositivos para el VIH en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba a/b de detección de la hepatitis C durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	Se calcula a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que permite a los países hacer un seguimiento de la medida en la que se está realizando a los pacientes seropositivos para el VIH la prueba de la hepatitis B, una intervención crucial para evaluar las necesidades relativas al tratamiento de la hepatitis C. La presencia de VHC a/b proporciona información sobre las tasas de coinfección por el VIH y el VHC, notifica a los médicos clínicos de la necesidad de mayor evaluación clínica y de laboratorio y de tratamiento.
Otras consideraciones	Como parte de este indicador, también se solicita información adicional sobre el número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de la hepatitis C y que fueron diagnosticados con hepatitis C durante el período de notificación. Estos datos permiten evaluar el acceso al tratamiento de aquellos que lo necesitan.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.

EURO18 Porcentaje de casos de hepatitis C seropositivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C y que recibieron tratamiento de la hepatitis C	
Fundamento	Los pacientes seropositivos al VIH a menudo están coinfectados por el virus de la hepatitis C (VHC) debido a los mismos modos de transmisión del VIH y del VHC. Las tasas de coinfección son particularmente elevadas en la Región de Europa de la OMS, donde una gran proporción de las infecciones por el VIH se relacionan con el consumo de drogas inyectables. El tratamiento de la hepatitis C en personas seropositivas para el VIH tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida, la esperanza de vida y la mortalidad de los pacientes.
Lo que mide	Este indicador mide el número de pacientes coinfectados por el VIH y el VHC que reciben tratamiento tanto para la hepatitis C en los pacientes incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba, se los evaluó con respecto a la evolución de la hepatitis y se determinó que reunían los criterios para recibir tratamiento.
Numerador	Número de casos de hepatitis C positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C y que recibieron tratamiento de la hepatitis C durante el año de notificación.
Denominador	Número de casos de hepatitis C positivos al VIH que reunían los criterios para recibir tratamiento de la hepatitis C durante el año de notificación.
Método y herramientas de medición	El numerador y el denominador se calculan a partir de los registros clínicos de los establecimientos de atención de salud que brindan atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida.
Desglose	Ninguno.
Puntos fuertes y débiles	El punto fuerte de este indicador es que proporciona información sobre la carga de la hepatitis C en personas seropositivas al VIH. También permite hacer el seguimiento del acceso al tratamiento de la hepatitis C para las personas seropositivas para el VIH coinfectadas por VHC que reúnen los criterios para el tratamiento.
Utilización de los datos	Examinar las tendencias a lo largo del tiempo. Se trata de información útil para el manejo clínico y el control de la calidad del tratamiento que se brinda a los pacientes.
Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación	Representatividad nacional: si este indicador solo se mide en un subconjunto de establecimientos, se debe agregar un comentario sobre la fuente de la información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros donde se presta atención y tratamiento de la infección por el VIH.

Apéndice 2. Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y sida (OPS)

P.1.d Número de casos de infección por el VIH diagnosticados en el 2012, desglosados por sexo para el 2012

Lo que mide	Número casos de infección por el HIV diagnosticados en el 2012, por sexo para el 2012
-------------	---

P.1.e Número de casos de sida diagnosticados en el 2012 y notificados, por sexo, para el 2012

Lo que mide	Número casos de sida diagnosticados en el 2012, por sexo para el 2012
-------------	---

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lidera e inspira al mundo para conseguir su visión compartida de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados globales y nacionales para maximizar los resultados de la respuesta al sida. Acceda a más información en unaids.org y conecte con nosotros a través de Facebook y Twitter.

Impreso en papel certificado FSC

El objetivo de estas directrices es ofrecer a los países orientaciones técnicas sobre cómo medir los indicadores centrales para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Ofrecen directrices técnicas sobre las especificaciones de los indicadores básicos, la información necesaria sobre cómo se han construido y cómo se interpretan. También tienen como fin maximizar la validez, la consistencia interna y la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo de las estimaciones obtenidas para cada indicador. En concreto, su objetivo es garantizar la consistencia de todos los datos y métodos de cálculo empleados.

ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MUJERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

