

ONUSIDA 2024
ORIENTACIÓN

Monitoreo Global del SIDA 2025

Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos
de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021

Contenido

Resumen de los componentes para el Monitoreo Global del SIDA 2022	6
Introducción	9
Antecedentes	9
Objetivos	10
Resumen de los cambios en el conjunto de indicadores para los informes de 2025	11
Proceso de reporte	13
Organizaciones y respuestas dirigidas por poblaciones clave	28
Indicadores del GAM	31
1.1 Incidencia del VIH	31
1.2 Estimaciones sobre el tamaño de poblaciones clave (A-E)	33
1.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	35
1.4 Pruebas de VIH y conocimiento del estado serológico entre poblaciones clave (A-D)	37
1.5A Uso del preservativo entre los/las profesionales del sexo	39
1.5B Uso del preservativo entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	41
1.5C Uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas	43
1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero	45
1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-D)	47
1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones	49
1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que se inyectan drogas	50
1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas	52
1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos	54
1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición	55
1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina	57
1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	59
1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	61
1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente	62
1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH	64

Las estimaciones de VIH modeladas utilizando el software Spectrum actualizado deben presentarse antes del 31 de marzo de 2025.

Utilice el sitio web de monitoreo mundial del sida (aidsreportingtool.unaids.org) para enviar sus datos de indicadores antes del 31 de marzo de 2025.

2.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	65
2.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	67
2.3	Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral	69
2.4	Enfermedad por VIH en estado avanzado y diagnóstico tardío del VIH	72
2.5	Volumen y positividad de la prueba del VIH	74
2.6	Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	76
2.7	Mortalidad relacionada con el sida	78
2.8	Gestión de la infección criptocócica	79
3.1	Pruebas de VIH en mujeres embarazadas	81
3.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	83
3.3	Transmisión vertical del VIH	85
3.4	Prevención de la transmisión vertical del VIH	87
3.5	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	89
3.6	Tasa de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	91
3.7	Virus de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal	92
4.1	Experiencia de violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave	94
4.2	Actitudes hacia la violencia contra las mujeres	96
4.3	Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género	98
6.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	100
6.2	Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH	102
6.3	Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios	104
6.4	Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud	106
6.5	Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave (A-D)	108
6.6	Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A-D)	110
6.7	Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos	112
6.8	Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH	114
6.9	Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (A-D)	116
6.10	Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (A-D)	118

7.1	Hepatitis viral entre grupos de población clave	120
7.2	Gestión de la hepatitis viral C	121
7.3	Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)	123
7.4	Hombres con secreción uretral	125
7.5	Gonorrea entre los hombres	126
7.6	Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis	127
7.7	Personas que viven con VIH y tuberculosis activa	129
7.8	Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis	130
7.9	Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis	132
7.10	Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado	134
7.11	Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH	136
7.12	Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH	137
7.13	Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales	138
7.14	Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral.	140
7.15	Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada	142
8.1	Presupuesto público nacional para el VIH	144
8.2	Antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH: precios unitarios y volumen	145
8.3	Gasto relativo al VIH por origen de recursos	146
	Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino 2025	150

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino	157
1. Prevención combinada para todos	157
2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH	159
3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical	176
4. Igualdad de género y empoderamiento de mujeres y niñas	182
5. Liderazgo comunitario	183
6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar el estigma y la discriminación	186
7. Cobertura de salud universal e integración	187
8. Datos, ciencia e innovación	190
Encuesta de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida sobre el uso de antirretrovirales (ARV) y de tecnologías de laboratorio y la implementación de las guías de la OMS pertinentes	193
Anexo 1. Bibliografía seleccionada	205
Anexo 2. Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados	206
Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH adquiridos y distribuidos	207
Anexo 4. La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos	209
Anexo 5. Orientación adicional para la construcción de indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.6–7.9	215
Anexo 6. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino 2025 Directrices sobre preguntas relacionadas a leyes	216

Resumen de los componentes para el Monitoreo Global del SIDA 2025

Compromisos de la Declaración Política sobre el SIDA de 2021

Número de indicador

Nombre abreviado del indicador

Reducir el número anual de personas que contraen la infección por VIH

1.1 Incidencia del VIH

Reducir la cifra anual de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA

2.7 Mortalidad relacionada con el SIDA

1. Implementación eficaz de programas combinados de prevención del VIH

1.2 Estimación del tamaño de poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y personas en prisiones y otros entornos cerrados).

1.3 Prevalencia del VIH entre poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y personas en prisiones y otros entornos cerrados).

1.4 Pruebas de detección del VIH y conocimiento del resultado entre poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero).

1.5 Uso de preservativo entre poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero).

1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero).

1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones

1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que usan drogas inyectables

1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables

Número de indicador

Nombre abreviado del indicador

1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

1.11 Personas que recibieron PrEP

1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina

1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente

1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

2. Pruebas de detección del VIH, tratamiento y supresión viral

2.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

2.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

2.3 Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral

2.4 Enfermedad avanzada por VIH y diagnóstico tardío del VIH

2.5 Volumen y positividad de la prueba de detección del VIH

2.6 Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave

2.8 Tratamiento de la infección criptocócica

3. Transmisión vertical del VIH, la sífilis y la hepatitis B

3.1 Pruebas de detección del VIH en mujeres embarazadas

3.2 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

3.3 Transmisión vertical del VIH¹

3.4 Prevención de la transmisión vertical del VIH

3.5 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas

3.6 Tasa de sífilis congénita

3.7 Casos de hepatitis B entre mujeres embarazadas

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

Número de indicador

↕ Nombre abreviado del indicador



4. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas

- 4.1 Violencia física o sexual experimentada por poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero).
- 4.2 Actitudes hacia la violencia contra las mujeres
- 4.3 Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género

5. Liderazgo comunitario

Una medida del liderazgo comunitario en los programas combinados de prevención para poblaciones clave se recoge en el Indicador 1.6, y para elementos específicos de los programas de reducción de daños para personas que se inyectan drogas en los Indicadores 1.9 y 1.10. Consulte la página 34 para más detalles.

6. Cumplimiento de los derechos humanos y eliminación del estigma y la discriminación

- 6.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH
- 6.2 Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH
- 6.3 Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios
- 6.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud
- 6.5 Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave
- 6.6 Evitación de los servicios de salud entre las poblaciones clave por causa del estigma y la discriminación (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero)
- 6.7 Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos
- 6.8 Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH
- 6.9 Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero)
- 6.10 Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero)

Número de indicador

↕ Nombre abreviado del indicador



7. Cobertura sanitaria universal e integración

- 7.1 Hepatitis vírica entre grupos de población clave
- 7.2 Gestión de la hepatitis viral C
- 7.3 Prevalencia de sífilis entre poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero)
- 7.4 Hombres con cuadros de secreción uretral
- 7.5 Gonorrea entre la población masculina
- 7.6 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis
- 7.7 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa
- 7.8 Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis
- 7.9 Personas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral que completaron un ciclo de tratamiento preventivo contra la tuberculosis
- 7.10 Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH
- 7.11 Tratamiento para el cáncer precervical para las mujeres que viven con el VIH
- 7.12 Tratamiento para el cáncer de cuello de útero invasivo para las mujeres que viven con el VIH
- 7.13 Cobertura de la dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales
- 7.14 Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral
- 7.15 Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada

8. Inversiones y recursos

- 8.1 Presupuesto público nacional para el VIH
- 8.2 Antirretrovirales: precios unitarios y volumen
- 8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales La información sobre las políticas nacionales y su aplicación se recoge a través del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN).

Encuesta de Medicamentos y Diagnósticos de la OMS/ONUSIDA La información sobre tratamientos con antirretrovirales recogida a través de la Encuesta de Medicamentos y Diagnósticos de la OMS/ONUSIDA sobre el Uso de Medicamentos ARV y Tecnologías de Laboratorio, y a través del monitoreo de las directrices de la OMS, alojada en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del SIDA.

Introducción

Antecedentes

Los Estados miembros de las Naciones Unidas (ONU) adoptaron la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030 en la *Reunión de Alto Nivel sobre el Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida* celebrada en junio de 2021.¹ La Declaración Política sobre el Sida de 2021 destaca la importancia de detectar las desigualdades para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para 2030. Si la comunidad internacional cumple todos los objetivos de la Declaración en todas las zonas geográficas y en todas las poblaciones, estaremos en condiciones de prevenir 3,6 millones de nuevas infecciones por el VIH y 1,7 millones de muertes relacionadas con el sida para 2025.

La Declaración Política sobre el Sida de 2021 se basa en la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026: «Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida», un nuevo y audaz enfoque que aplica la perspectiva de las desigualdades para detectar y cerrar las brechas que impiden avanzar hacia el fin del sida.² El cambio a una perspectiva basada en las desigualdades pretende garantizar que la respuesta mundial al VIH funcione para todos y no deje a nadie atrás. La Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 pretende reducir las desigualdades que fomentan la epidemia de sida, dando prioridad a las personas que aún no se benefician plenamente de los servicios relacionados con el VIH que salvan vidas y eliminando las barreras estructurales que crean o mantienen esas desigualdades e impiden el acceso a los servicios. La Estrategia establece acciones prioritarias basadas en pruebas con objetivos ambiciosos para 2025 destinadas a reducir las desigualdades y conseguir que todos los países y todas las comunidades estén en situación de poner fin el sida como amenaza para la salud pública para 2030.

El éxito de la respuesta al sida debe medirse por la consecución de objetivos concretos y con plazos definidos, acompañados de un cuidadoso seguimiento de los avances en el cumplimiento de los compromisos de la Declaración Política sobre el Sida de 2021. Este documento está relacionado con el nuevo marco de Monitoreo Global del Sida (GAM, por sus siglas en inglés), que ayuda a estructurar y organizar las iniciativas colectivas de monitoreo global (ver Cuadro I).

¹ La Declaración Política sobre el Sida de 2021 puede encontrarse en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf

² Para más información sobre la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026, consulte: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

Cuadro 1.

Marco organizativo del Monitoreo Global del SIDA

Áreas de interés estratégico de la Declaración Política sobre el Sida de 2021 utilizadas para el marco GAM		Prioridades estratégicas en materia de sida
1	Prevención combinada del VIH para todos	Maximizar un acceso en condiciones de igualdad y equitativo a los servicios y las soluciones relacionados con el VIH
2	Cumplimiento del objetivo 95–95–95 para pruebas de detección del VIH y el tratamiento del VIH	
3	Poner fin al sida infantil y eliminar la transmisión vertical	
4	Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas	Derribar las barreras que impiden alcanzar los resultados del VIH
5	Liderazgo comunitario	
6	Realización de los derechos humanos y eliminación del estigma y la discriminación	
7	Cobertura sanitaria universal e integración	Dotar de todos los recursos necesarios y mantener respuestas al VIH eficientes e integradas
8	Inversiones y recursos	

Objetivos

Los indicadores y las preguntas de este documento se han diseñado para que los programas nacionales sobre el SIDA, otras entidades de gobierno y los socios los utilicen para evaluar el estado de la respuesta al VIH y al SIDA de un país, y para medir el progreso hacia la consecución de los objetivos nacionales sobre el VIH. Se anima a los países a que integren estos indicadores y preguntas en sus esfuerzos de monitoreo en curso y a que comuniquen datos nacionales completos a través del proceso de Monitoreo Global del SIDA (GAM). De esta manera, contribuirán a mejorar la comprensión de la respuesta global a la epidemia del VIH, incluidos los avances realizados para alcanzar los compromisos y los objetivos mundiales establecidos en la nueva Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA: Poner fin a las desigualdades y avanzar en el camino para acabar con el sida en 2030, adoptada en junio de 2021, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados.³

Este documento es una recopilación detallada de indicadores y un conjunto de preguntas sobre las políticas nacionales y su aplicación. Los indicadores y las preguntas sobre políticas están diseñados para permitir el mejor uso de los datos disponibles a escala nacional, estandarizar los informes de VIH en diferentes contextos sociopolíticos, y permitir la agregación a nivel mundial. ONUSIDA está trabajando con organizaciones clave en el marco del Grupo de Asesoría Técnico sobre el Monitoreo Global (MTAG) para armonizar los indicadores y hacer que cumplan los estándares internacionales. Entre los miembros de este grupo se encuentran representantes internacionales, nacionales y comunitarios, expertos en derechos humanos y expertos técnicos en el monitoreo del VIH. En los últimos 20 años, los indicadores utilizados

³ Los detalles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se pueden encontrar en: Haciendo realidad los ODS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2021 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>).

para monitorear a nivel mundial han evolucionado a medida que ha mejorado nuestro conocimiento colectivo de las respuestas efectivas al VIH y de las barreras que lo impiden. Esto continuará en los próximos años. Los indicadores son examinados anualmente y revisados por el MTAG.

Los datos reportados a través de GAM se utilizarán para describir el progreso hacia las metas de 2025, incluyendo en las publicaciones anuales de ONUSIDA sobre la respuesta al VIH, y para que los países y los socios mundiales rindan cuentas sobre las mejoras deseadas. El marco de monitoreo también es utilizado por el Secretario General de las Naciones Unidas cuando emite informes anuales de progreso a la Asamblea General de las Naciones Unidas que recopilan los resultados de los informes de los países. Los informes anuales de progreso del Secretario General de las Naciones Unidas están diseñados para identificar retos y limitaciones, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas.

Los datos también se pondrán a disposición para la preparación y revisión de planes operacionales y de subvenciones para los países que participan en la movilización de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (Fondo Mundial) y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). Los datos reportados a través de GAM también pueden ser un recurso importante para los países en el desarrollo de hojas de ruta hacia la sostenibilidad.

El proceso del GAM se ha establecido frecuentemente como referencia para el éxito de los mecanismos internacionales de rendición de cuentas. Las lecciones de las rondas de reporte anteriores nos sirven para el próximo proceso de reporte, ya que proporcionan una hoja de ruta basada en evidencias para la presentación de informes puntuales, de alta calidad y completos a un ritmo acelerado y agilizado. Incluyen lo siguiente:

1. El proceso de consulta nacional durante el primer trimestre del año acelera la consolidación y la validación de los datos. Esto puede ayudar a evitar pasos adicionales de validación de datos más adelante en el proceso, como volver a las fuentes originales de la información.
2. La participación de la sociedad civil en la consulta nacional es fundamental, especialmente para responder a las cuestiones relacionadas con las leyes y políticas, y para garantizar que todos los socios pertinentes participen y desempeñen sus funciones importantes en la aplicación y la presentación de informes.
3. La participación oportuna de los proveedores de datos desde principios de año (enero) contribuye a garantizar que los datos se comuniquen a tiempo y que tengan la mayor calidad y exactitud.

Resumen de los cambios en el conjunto de indicadores para los informes de 2025

El informe de 2025 requiere la presentación de datos sobre indicadores, el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino y la Encuesta sobre Medicamentos y Diagnósticos para el SIDA. El informe narrativo es opcional.

Siguiendo las recomendaciones del MTAG tras su revisión del GAM y teniendo en cuenta las aportaciones de otras partes interesadas, se han modificado algunas definiciones de los indicadores para reflejar las actualizaciones en las directrices y aclaraciones basadas en los comentarios de anteriores rondas de informes del GAM.

Los cambios para la ronda de informes de 2025 son los siguientes:

- 3.5 Sífilis entre mujeres embarazadas: con el fin de proporcionar información sobre el contexto para la interpretación de los datos, se ha modificado la información adicional solicitada para incluir las pruebas utilizadas para el cribado; la proporción de mujeres que se realizan una prueba de confirmación (si se realizan pruebas de confirmación); y si la información procedente de proveedores privados se incluye en los datos reportados.
- 7.2 Pruebas de detección de la hepatitis C y 7.3 Personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C que inician tratamiento contra el virus de la hepatitis C: estos indicadores se han combinado en un indicador sobre la gestión de la infección por el virus de la hepatitis C entre las personas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral, para permitir la evaluación de la cascada completa de pruebas y tratamiento contra el virus de la hepatitis C entre las personas que viven con el VIH.
- 7.4 Hombres con secreción uretral: se incluye un punto adicional en la información adicional solicitada sobre si la información de proveedores privados también se incluye en los datos reportados.
- 7.5 Gonorrea entre los hombres: se incluye un punto adicional en la información adicional solicitada sobre si la información procedente de proveedores privados también se incluye en los datos reportados.
- 7.6 Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH: se ha eliminado la solicitud de desglosar los datos del numerador por sexo y edad para reducir la carga de notificación. El denominador es una estimación que no está disponible por estos desgloses.
- 7.14 Cobertura de los modelos de terapia antirretroviral de prestación de servicios diferenciados (DSD) entre las personas que viven con el VIH que actualmente reciben terapia antirretroviral: el texto de la sección de justificación se ha actualizado para reflejar el lenguaje aprobado sobre los tipos de modelos de terapia antirretroviral DSD que se deben tener en cuenta en los datos reportados para este indicador. También se ha añadido una aclaración sobre las dos opciones para reportar sobre el denominador, especificando que se recomienda a los países reportar sobre el número de personas en terapia antirretroviral elegibles para los modelos de terapia antirretroviral DSD si estos datos están disponibles, o de lo contrario sobre el número de personas en terapia antirretroviral al final del periodo de reporte.
- 7.15 Supresión viral entre las personas que viven con el VIH que participan en modelos de terapia antirretroviral DSD: el texto de la sección de método de medición se ha actualizado para reflejar el lenguaje aprobado sobre los tipos de modelo de terapia antirretroviral DSD a tener en cuenta en los datos reportados.

El ICPN para los informes de 2025 es un cuestionario interino que consiste en un subconjunto de preguntas de la Parte A del cuestionario completo incluido en el GAM de 2024 que se refieren a las políticas que se considera que cambian más rápidamente. Se ha refinado la redacción de algunas de las preguntas conservadas de rondas anteriores. Estas modificaciones se basan en las experiencias de informes anteriores y para reflejar la evolución de las recomendaciones políticas y las tecnologías disponibles.

Proceso de reporte

Un proceso multisectorial

Aunque los gobiernos han adoptado la Declaración Política sobre el SIDA de 2021, su visión se extiende mucho más allá del sector gubernamental, llegando a las organizaciones comunitarias dirigidas por personas que viven con el VIH, las poblaciones clave, las mujeres en toda su diversidad y los jóvenes, la industria privada y los grupos laborales, así como las organizaciones basadas en la fe y otras organizaciones no gubernamentales. Su participación garantiza que se identifiquen, observen y aborden las desigualdades en la respuesta al sida.

La comunidad de personas que viven con VIH y personas afectadas por el VIH desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo y el amplio alcance de la experiencia de las organizaciones comunitarias las convierte en socios ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales sobre los progresos realizados. Particularmente, las organizaciones comunitarias están en una buena posición para proporcionar información para los informes GAM, en particular por medio de información cualitativa para los informes del ICPN, que complementa los datos recopilados por los gobiernos y ayude a interpretar los datos recabados.

Los consejos, comisiones y comités nacionales sobre el sida (o sus equivalentes) deben solicitar las aportaciones de todo el espectro de comunidades que viven con el SIDA y están afectadas por el virus, y de sus organizaciones comunitarias para la elaboración de informes GAM. Las organizaciones comunitarias deben incluir a aquellas dirigidas por mujeres en toda su diversidad, poblaciones clave y personas que viven con el VIH. Además de las organizaciones comunitarias, será útil llegar a otros interlocutores de la sociedad civil, como las organizaciones religiosas, los sindicatos y otras organizaciones no gubernamentales (ONG).

Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de obtener las aportaciones de todo el espectro de la comunidad afectada por el VIH, incluidas las personas que viven con el VIH y los miembros de las poblaciones clave. Estas comunidades tienen muchas voces, incluso a través de informes cuantitativos y cualitativos, y representan muchas perspectivas diferentes, todas las cuales pueden ser valiosas a la hora de supervisar y evaluar la respuesta al sida de un país. Puede ser necesario prestar un apoyo específico a diferentes grupos, también las poblaciones clave, para permitir su plena participación a lo largo del proceso.

Los comités nacionales sobre el sida o sus equivalentes deben garantizar las oportunidades para que las organizaciones comunitarias participen y contribuyan a los planes de recopilación de datos, incluidos los denominadores, así como el espacio y los recursos necesarios para que puedan convocar y coordinar sus aportaciones, especialmente al ICPN. También se debe desarrollar un mecanismo sencillo para enviar y evaluar la información. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a las organizaciones comunitarias y a representantes pertinentes 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.

Las organizaciones comunitarias de cada país deberán tener la oportunidad suficiente de revisar y comentar los datos antes de que se finalicen y se envíen. Asimismo, el informe que se presente a ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para garantizar que las organizaciones comunitarias tengan acceso a él.

Los miembros del personal de ONUSIDA de cada país están preparados para facilitar la aportación de las organizaciones comunitarias y otros representantes de la comunidad durante todo el proceso. En particular, los miembros del personal de ONUSIDA de cada país apoyan a los relatores nacionales para que hagan lo siguiente

- Informar a las organizaciones comunitarias acerca de los indicadores, las preguntas del ICPN y el proceso de preparación de informes.
- Brindar asistencia técnica en la recopilación, análisis y reporte de los datos, incluido el apoyo específico a las personas que viven con el VIH y que están afectadas por él.
- Garantizar la difusión de los datos reportados y reportes narrativos, si disponibles, incluyendo cuando sea posible, en los idiomas nacionales.

Como en anteriores rondas de informes, ONUSIDA aceptará informes alternativos, pero no se pretende que sean un proceso de información paralelo para las comunidades que viven con el VIH y están afectadas por él. Siempre que sea posible, ONUSIDA anima a integrar a las organizaciones comunitarias en los procesos de elaboración de informes nacionales, tal y como se ha descrito anteriormente, especialmente para la elaboración de informes sobre la Parte B del ICPN (cuando esté disponible). Los informes alternativos están destinados más bien a proporcionar una perspectiva alternativa, si: (a) se cree firmemente que las comunidades y las organizaciones comunitarias no se han incluido adecuadamente en el proceso de presentación de informes nacionales; (b) los gobiernos no presentan un informe, o (c) los datos proporcionados por el gobierno difieren considerablemente de los datos recopilados por las organizaciones comunitarias mientras dan seguimiento a los avances del gobierno en la prestación de servicios, y no es posible conciliar esas diferencias o reflejarlas de forma satisfactoria en los informes nacionales.

Los informes alternativos pueden presentarse a través de la dirección de correo electrónico aidsreporting@unaids.org

Pasos en el proceso de reporte y plazos

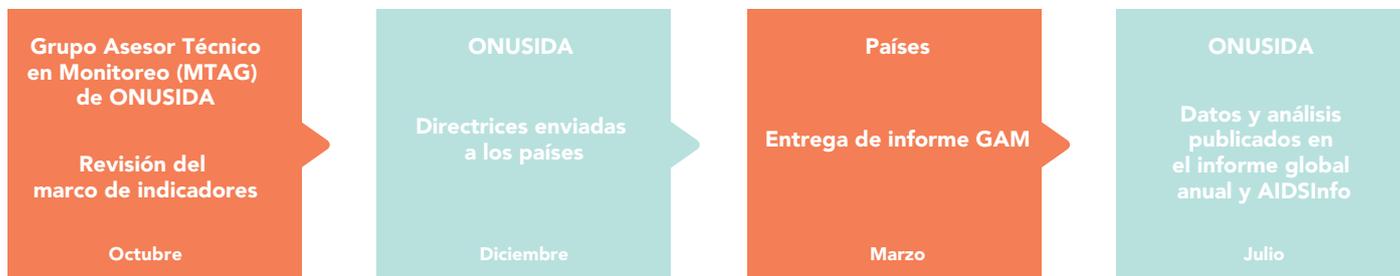
El ciclo anual del GAM sigue unos pasos específicos y bien establecidos. Esto permite a las diferentes partes interesadas, tanto nacionales como internacionales, confiar en la disponibilidad de datos recientes y utilizarlos para evaluar los progresos con respecto a los objetivos mundiales y nacionales establecidos en materia de sida. Al final de cada año, ONUSIDA proporciona a los países información actualizada sobre los indicadores que deben utilizar. Esto permite a los países coordinar y gestionar el proceso de elaboración de informes nacionales, presentando sus informes sobre el sida antes del 31 de marzo de cada año. A partir de los datos comunicados, ONUSIDA publica en julio el informe Global AIDS Update, que se utiliza en diferentes foros internacionales y para la toma de decisiones programáticas y financieras (como por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria [el Fondo Mundial], el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida [PEPFAR] y otros).

Uno de los factores clave para establecer una sólida estructura nacional de información sobre el sida es tener claras las funciones y responsabilidades dentro de un grupo amplio de socios. Esto reducirá la carga para los individuos y garantizará la

presentación de informes a tiempo. En la siguiente sección, utilizamos el punto de vista del relator nacional sobre el sida para repasar las tres fases principales (preparación,

Figura 1

Principales actividades en el reporte y uso de datos por parte de ONUSIDA



presentación de informes y seguimiento) para mostrar los pasos específicos del seguimiento y la presentación de informes sobre la respuesta nacional al sida.

Para entender el proceso completo de información, también se hace referencia a las acciones globales complementarias y a la producción de los datos de las estimaciones epidemiológicas del VIH. Estos pasos se presentan en forma de diagrama de flujo que representa las acciones en diferentes niveles, con algunas notas explicativas sobre cada paso.

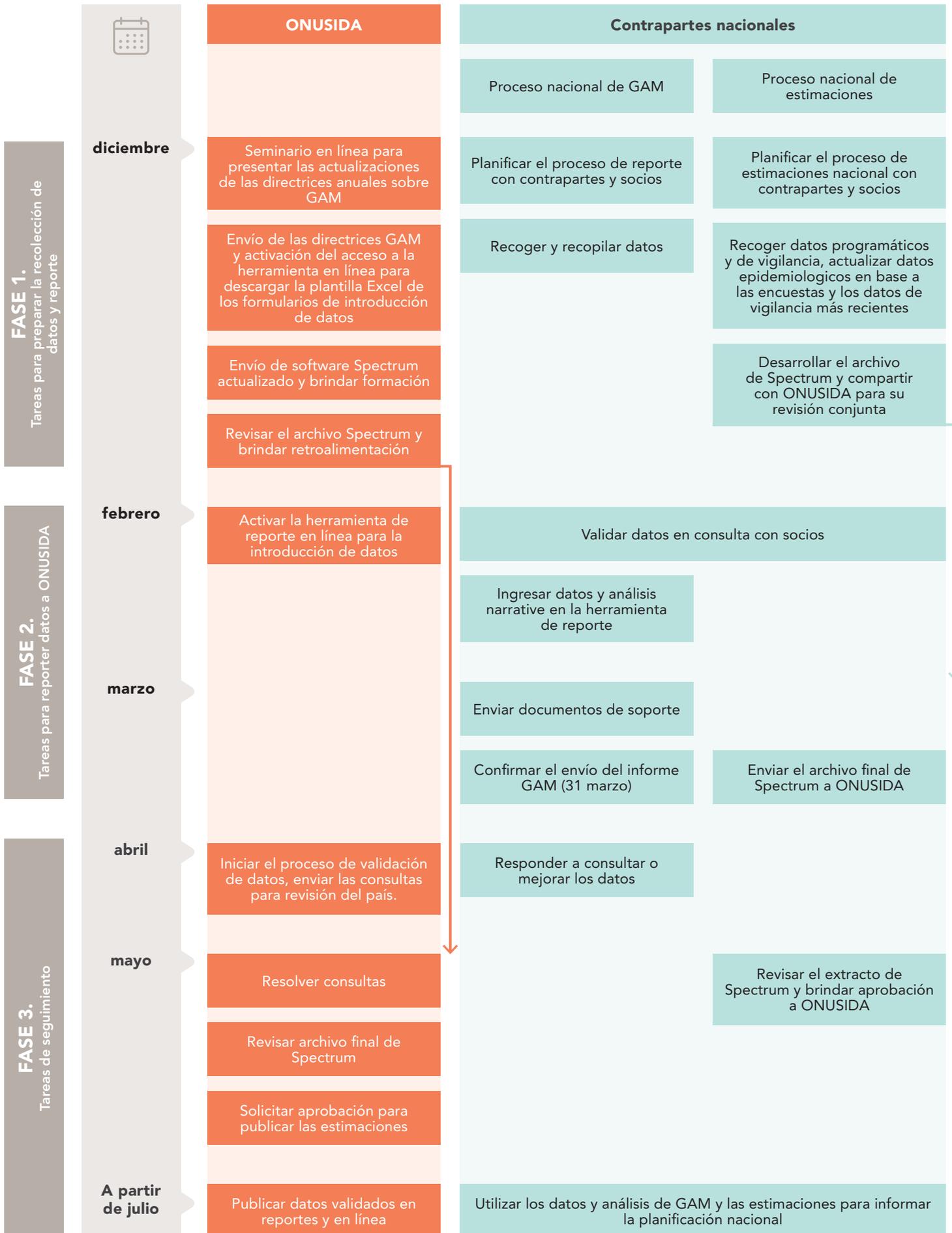
Tareas del relator nacional en la preparación del informe con los socios (diciembre-marzo)

1. El relator nacional recibe un mensaje de confirmación de ONUSIDA sobre el proceso de reporte (a través de AIDSreporting@unids.org).
2. Identificar los indicadores de los que se dispone de datos para reportar.
3. Identificar los puntos focales para coordinar la realización de las partes A (autoridad nacional) y B (representante de la comunidad) del ICPN en años alternos en los que se incluyen ambas partes del ICPN. Garantizar el acceso a las directrices proporcionadas para el ICPN, especialmente por lo que se refiere a las preguntas sobre leyes y políticas. Fomentar el compromiso explicando el significado y el uso de los datos comunicados.
4. Desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos sobre indicadores del GAM, el ICPN y la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA, incluyendo un cronograma y las funciones del Comité Nacional del SIDA (o equivalente), de otros organismos públicos, y de la comunidad y otros socios relevantes en este proceso.

5. Identificar las herramientas relevantes para la recopilación de datos y sus fuentes para cada componente del informe, lo que incluirá:
 - Reunirse con el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.
 - Siempre que sea posible, alinear el calendario de recopilación de datos con lo siguiente:
 - o El de otras iniciativas de recopilación de datos, incluidas las que se llevan a cabo a través de organismos de financiación como el Fondo Mundial, el PEPFAR y las agencias de la ONU.
 - o El calendario para la agregación de datos a nivel nacional para indicadores basados en datos de centros sanitarios.
6. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con las entidades de gobierno, las comunidades y los socios internacionales, lo que incluye:
 - Establecer protocolos para el procesamiento y gestión de los datos:
 - o Procedimientos básicos de depuración y validación de datos.
 - o Una base de datos para finalidades de análisis y presentación de información.
 - Verificación de los datos.
 - Completar el ICPN.

Figura 2

Tareas para completar los procesos de reporte GAM y de estimaciones



Nota: Las tareas incluidas en este diagrama de flujo pueden prolongarse más allá de la fecha de inicio reflejada en la figura e implicar procesos iterativos.

Tareas del relator nacional en la presentación de informes (marzo)

1. Introducir los datos para indicadores, el ICPN y de la Encuesta de medicamentos y diagnóstico del SIDA en la herramienta de reporte en línea del GAM (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
2. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y las comunidades que viven con el VIH y están afectadas por él, formulen comentarios sobre el borrador de los datos. Utilizar la capacidad de la herramienta de reporte en línea para compartir las credenciales de los visualizadores de datos.
3. Llevar a cabo un taller de validación para analizar los datos de los indicadores, incluidos sobre el gasto relacionado con el sida y el ICPN, junto con entidades de gobierno, organizaciones comunitarias, la sociedad civil y los socios internacionales. Esto se realiza para: (a) identificar los avances, las brechas, los desafíos y los próximos pasos para lograr cada uno de los compromisos y las metas ampliadas para poner fin al SIDA de aquí a 2030, y (b) llegar a un consenso sobre el informe nacional de GAM.
4. Resumir los resultados de este análisis para elaborar el informe narrativo en la herramienta de reporte en línea.
5. Enviar los datos de todos los indicadores, las respuestas del ICPN, las respuestas a la Encuesta sobre medicamentos y diagnóstico del SIDA, y los resúmenes narrativos por cada compromiso el 31 de marzo de 2025 o antes de ese día.

Tareas del relator nacional en las acciones de seguimiento (abril-junio)

1. Responder de manera oportuna a las consultas sobre el envío que serán publicadas en la herramienta de reporte en línea por ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), o aquellas enviadas por AIDSreporting@unaids.org al punto focal nacional del GAM.
2. Utilizar extractos de la herramienta de reporte en línea para informar eventos nacionales, foros o revisiones de programas sobre los progresos hacia el fin del SIDA para 2030.
3. Orientar la revisión de los programas para fomentar el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones basadas en datos para la mejora de los programas.

Como parte del proceso de finalización, los datos reportados deben ser validados y conciliados entre todos los socios del país, incluidas las organizaciones comunitarias. La herramienta de reporte en línea apoya este proceso, pues permite compartir las credenciales como observadores con las partes interesadas del país. Varios países han señalado que esta función ha permitido que las organizaciones comunitarias y otros socios vean y faciliten datos durante el proceso de reporte, y de ese modo ha permitido que el proceso de consulta y validación con las partes interesadas sea más rápido y más detallado.

Proceso de validación de datos

Después de que los países envíen los informes GAM a través de la herramienta de reporte en línea, ONUSIDA, UNICEF y la OMS revisarán los datos enviados para hacer lo siguiente:

- Apoyar a los países en la revisión de cualquier error en el ingreso de datos.
- Verificar que los datos enviados respondan a las definiciones de los indicadores (como se indica en estas directrices).
- Comparar los resultados con los datos presentados al Fondo Mundial y al PEPFAR.

Los datos enviados a través del GAM se publicarán en AIDSInfo y se utilizarán para análisis globales y regionales. Por este motivo, los datos deben ser comparables entre países y responder a las definiciones acordadas a nivel mundial de los indicadores utilizados para monitorear los compromisos políticos globales.

Si los países no disponen de datos que se correspondan exactamente con la definición de indicador disponible, se les anima a que durante el proceso de elaboración de informes tengan en cuenta otros datos que puedan ser relevantes para el área de compromiso con el fin de evaluar el progreso. Sin embargo, por las razones mencionadas anteriormente, estos datos no se publicarán en AIDSInfo ni se incluirán en el análisis global.

Durante la revisión, ONUSIDA se pone en contacto con los puntos focales nacionales de GAM para solicitar aclaraciones o revisar los datos presentados en la herramienta. La validación de los datos se realiza en varios pasos:

- Los puntos focales de indicadores de las sedes de UNICEF, la OMS y ONUSIDA realizan una revisión inicial y anotan las consultas preliminares.
- Las consultas se introducen en la herramienta en línea.
- Los puntos focales de indicadores de ONUSIDA, la OMS y UNICEF hacen un seguimiento de las consultas con los países.

El proceso de validación tiene en cuenta los siguientes puntos para todos los indicadores.

Para los indicadores procedentes de encuestas:

- Verificar la coherencia de los datos reportados, incluyendo si los datos desglosados suman el total.
- Verificar si hay variaciones sustanciales con respecto a los datos reportados anteriormente.
- Verificar que los datos no hayan sido reportados previamente a través de GAM. Si los datos se habían reportado anteriormente, se solicita al país que elimine los datos e indique que no hay nuevos datos disponibles para el indicador.
- Comparar los numeradores, denominadores y datos desglosados con los datos disponibles de la encuesta.
- Comprobar los años de la encuesta y las fechas de recopilación de datos introducidas en la herramienta de reporte en línea.
- Comprobar la representatividad de los métodos de encuesta y el tamaño de las muestras.
- Revisar los informes.
- Si los datos se aplican a un indicador compuesto, verificar que se utilizó la misma fuente para todas las preguntas y que los valores compuestos corresponden a la suma de las preguntas individuales.

Para indicadores elaborados a partir de Spectrum o con denominadores basados en estimaciones:

- Verificar que el país haya seleccionado que los datos se tomen del archivo final de Spectrum.
- Verificar los numeradores con datos comparables

Los comentarios de los países se revisan para todos los indicadores.

Preparativos técnicos para la presentación de informes

El informe GAM consiste en proporcionar datos sobre lo siguiente:

- Los indicadores cuantitativos, incluidos los datos financieros.
- El cuestionario del ICPN.
- Encuesta sobre medicamentos y diagnósticos para el SIDA.
- Resúmenes narrativos de progreso por las áreas de compromiso o informe nacional (opcional).

El informe GAM deberá enviarse a través del sitio web establecido para la presentación de informes (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) para favorecer la exhaustividad y la calidad de los datos y facilitar su tratamiento y análisis a nivel nacional, regional y global.

Se anima a los países a que presenten un informe de progreso narrativo cuando envíen los datos del GAM. La herramienta en línea incorpora una plantilla para crear un informe narrativo que consta de breves resúmenes narrativos para cada área de la Declaración Política de 2021. Si está disponible, los países pueden presentar un informe nacional reciente.

Los datos se publicarán en [AIDSinfo.unaids.org](https://aidsinfo.unaids.org) y se incluirán en el informe anual de ONUSIDA.

Herramientas de medición y fuentes de datos

Las principales herramientas de medición varían según los indicadores, e incluyen las siguientes:

- Encuestas poblacionales representativas del país.
- 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 (modelos matemáticos).
- Recogida de datos dirigida por la comunidad, por ejemplo el índice de estigma y discriminación entre personas viviendo con VIH.

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

Los datos recogidos por las organizaciones comunitarias serán necesarios para proporcionar una imagen completa en muchos casos, especialmente en lo que se refiere a los habilitadores sociales o los datos de los programas. Algunas organizaciones de la sociedad civil pueden aportar datos para los indicadores relacionados con las intervenciones en las que las ONG y las organizaciones basadas en la fé desempeñan un papel activo. En estas intervenciones se incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las mujeres embarazadas. Para las secciones del ICPN, será necesario trabajar también de forma intersectorial, implicando a los ministerios de justicia, interior, género y juventud, entre otros.

En muchos países, gran parte de los datos necesarios para los indicadores nacionales pueden no estar disponibles de fuentes rutinarias. Para recopilar los datos de los indicadores puede ser necesario adaptar las herramientas de monitoreo existentes o añadir encuestas específicas. Los países que realizan encuestas de población periódicas y representativas a nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud, recopilarán información importante, incluidos datos sobre el comportamiento de los jóvenes. En los países donde se realizan otros tipos de encuestas basadas en la población, incluidas aquellas con fines distintos al VIH, las encuestas pueden adaptarse, en colaboración con la comunidad, para recopilar datos para indicadores seleccionados.

Estimaciones de Spectrum

Una herramienta importante para generar denominadores utilizados en los informes GAM es el paquete informático Spectrum. Spectrum permite a los países crear estimaciones a nivel de la población de personas que viven con el VIH, mujeres embarazadas que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical del VIH⁴ y niños expuestos al VIH que necesitan pruebas virológicas.⁵ Además, Spectrum permite a los países estimar indicadores difíciles de medir, como nuevas infecciones por el VIH, la incidencia del VIH (el indicador ODS), las muertes relacionadas con el SIDA y la tasa de transmisión vertical. Los equipos nacionales actualizan sus archivos de Spectrum cada año utilizando los datos programáticos y de vigilancia más recientes. Una vez completados, algunos de los indicadores de este proceso corresponden a indicadores GAM. Los archivos Spectrum son creados por un equipo de expertos nacionales que han recibido formación para utilizar el programa informático. A continuación, ONUSIDA revisa estos archivos para controlar la calidad. Los equipos nacionales reciben información sobre el proceso de estimación a principios de diciembre de cada año.

En la herramienta de reporte en línea GAM existe la opción de que los países indiquen que los datos deben tomarse de su archivo final Spectrum para los indicadores donde Spectrum es la fuente recomendada. Esto reduce tanto la entrada de datos requerida como la posibilidad de errores, y mejora la coherencia de los datos.

Los indicadores para los que los países pueden seleccionar que ONUSIDA tome los datos de sus archivos Spectrum finales son:

- 1.1 Incidencia del VIH
- 2.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto al VIH
- 2.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral
- 2.3 Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
- 2.7 Mortalidad relacionada con el sida
- 3.1. Pruebas del VIH en mujeres embarazadas
- 3.2. Diagnóstico infantil precoz (denominador)
- 3.3. Transmisión vertical del VIH
- 3.4. Prevención de la transmisión vertical del VIH (denominador)

⁴ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

⁵ Para más información sobre el archivo de estimaciones nacionales del VIH y Spectrum, véase: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>

Numeradores y denominadores

Para cada indicador, se proporcionan instrucciones detalladas para medir la respuesta nacional. La mayor parte de los indicadores nacionales utilizan numeradores y denominadores para calcular los porcentajes que miden el estado actual de la respuesta nacional. Se recomienda 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 globales 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.

Desglose de los datos, especialmente por edad y género

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 en la población, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. Igualmente difícil es monitorear el acceso a servicios, la equidad de dicho acceso, la pertinencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo. En la herramienta de reporte en línea del GAM se identifican claramente los datos desglosados necesarios para informar con precisión sobre el numerador y el denominador de cada indicador.

Se insta a los países a que hagan de la recopilación de datos desglosados (sobre todo por género y edad; y para poblaciones clave específicas) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de monitoreo y evaluación; esto puede hacerse de formas que respeten los derechos y la seguridad de los miembros de poblaciones clave. Si es posible, también han de realizarse análisis de la equidad.⁶

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 centros y proyectos. Deberá hacerse un especial esfuerzo para el seguimiento de los datos desglosados hasta el nivel nacional. Además, el sector privado y todos los socios que participen en la respuesta nacional al SIDA deben ser asesorados sobre la importancia de desglosar los datos y dar prioridad a su recopilación y difusión durante las operaciones en curso.

También se solicitan datos detallados desglosados por edad para los objetivos relacionados con el tratamiento (95–95–95). Estos grupos de edad detallados pueden mejorar nuestra comprensión de la epidemia del VIH. Por ejemplo, los datos de grupos de edad detallados desglosados permiten que los países evalúen el alcance en que difiere la cobertura del programa, incluido el porcentaje de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento, entre los adolescentes de entre 10 y 19 años y personas más mayores de entre 20 y 49 años. Si se producen dificultades en la recopilación de datos desglosados, pueden introducirse datos parciales.

⁶ Véase: Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Ginebra: OMS; 2016. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/hiv-srhr-monitoring-systems/en/

Cuando no se tenga fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos se puede extraer de conjuntos 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 de ONUSIDA, de la OMS y de UNICEF), así como de sus asociados, para poder acceder a los datos desglosados necesarios para llevar a cabo correctamente las mediciones de los indicadores.

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 comunitarias pueden proveer valiosos datos primarios y secundarios, especialmente sobre poblaciones clave.

Se recomienda que los países faciliten datos complementarios disponibles que reflejen las dimensiones de género y comportamiento de los indicadores de otras fuentes, incluidos datos cuantitativos y cualitativos recopilados por organizaciones comunitarias. Esos datos adicionales permitirán un análisis situacional más amplio de los diferentes indicadores desde una perspectiva de género. Estos datos pueden introducirse en el cuadro de Datos relacionados con este tema, que se encuentra en la página de cada indicador, en la herramienta de reporte en línea.

Datos subnacionales

Muchos países están mejorando el uso de datos a nivel subnacional para ayudar a todas las partes interesadas a comprender mejor la distribución geográfica de la epidemia y la respuesta en cada comunidad.

Desde mediados de 2014, la herramienta de reporte en línea ha permitido a los usuarios enviar datos subnacionales o datos para sitios específicos para indicadores seleccionados. Países que han producido estimaciones sub-nacionales utilizando Naomi pueden seleccionar que los datos sub-nacionales finales para los indicadores 2.1 y 2.2 sean tomados directamente de sus archivos de Naomi en vez de ingresar los datos en la herramienta de reporte en línea. Para determinados indicadores, la herramienta también solicita a los usuarios que envíen datos sobre ciudades de alta carga o aquellas identificadas como ciudades de acción acelerada que se han comprometido a terminar con el SIDA para 2030. Estos datos se utilizan para evaluar los avances en la respuesta al VIH en estas ciudades. Cuando se recopilan datos a nivel de ciudad para su presentación, se recomienda consultar a las contrapartes relevantes de la ciudad.

Datos de encuestas recientes y representativos

Por lo que se refiere a los datos de la encuesta, se pide a los países que reporten únicamente los nuevos datos de que dispongan. Si los últimos datos disponibles ya han sido incluidos en alguna ronda anterior de reporte, esos datos no deberán ser incluidos de nuevo.

Para calcular los indicadores basados en encuestas de la población general, los países deben usar la encuesta nacional representativa más reciente.

Al calcular los indicadores tomando como base las encuestas de poblaciones clave, garantizar que las muestras son representativas del grupo general supone una dificultad conocida desde el punto de vista técnico. Se están elaborando métodos para conseguir un muestreo representativo de dichas poblaciones (p. ej., un muestreo dirigido por los propios encuestados), pero mientras se perfeccionan estos métodos, 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 monitoreo y evaluación o consejos nacionales de investigación. Se alienta a los países a informar acerca de todas las encuestas recientes de alta calidad de poblaciones clave, por sitio, en la herramienta de reporte en línea del GAM, junto con el numerador, el denominador y el tamaño de la muestra.

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 las estimaciones específicas a nivel de ciudad o provincia que se hayan calculado empíricamente. 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 puede informar sobre un indicador con datos del programa nacional, esto debe anotarse en el cuadro de Región para la que se realizó la última estimación.

Las directrices de la OMS y ONUSIDA sugieren que las estimaciones de tamaño de la población de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no deben representar menos del 1 % de la población de hombres adultos.⁷ Si la estimación del tamaño se calcula como menos del 1 %, los resultados deben ser revisados según las orientaciones.

Interpretación y análisis

Las definiciones de los indicadores que se incluyen en estas directrices analizan cada indicador, teniendo en cuenta sus puntos fuertes y débiles de forma que se mejore la exactitud y coherencia de los datos presentados al ONUSIDA. Los países deben revisar detenidamente este documento antes de empezar a recopilar y analizar los datos, ya que explica cómo analizar cada indicador y cualquier tema potencial relacionado con la interpretación. Se proporciona orientación específica sobre cómo responder al ICPN. Los puntos planteados en las directrices deben revisarse para confirmar la pertinencia de las conclusiones para cada indicador antes de finalizar la presentación de informes y redactar el informe descriptivo.

⁷ Véase: Resumen técnico: Recommended population size estimates of men who have sex with men. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015357>).

Una vez recopilados los datos, se recomienda encarecidamente a los países que sigan analizando sus conclusiones en colaboración con las comunidades. Esto les permitirá comprender más a fondo su respuesta nacional y les ayudará a identificar oportunidades para mejorarla. Los países deberían examinar detenidamente los vínculos entre las políticas, la asignación y la eficacia de los recursos, la ejecución de los programas contra el VIH, los cambios de comportamiento verificables y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país tiene una política para reducir la transmisión vertical del VIH, ¿están los programas suficientemente financiados para poner los servicios a disposición de las mujeres embarazadas? Si estos servicios existen, ¿los utilizan las mujeres en número suficiente para reducir el número de bebés nacidos con VIH en ese país?

Estos vínculos existen en todas las facetas de una respuesta nacional, y los indicadores de ámbito nacional incluidos en esta guía reflejan muchos de los más importantes. Para analizar eficazmente estos vínculos, los países deben recurrir a la más amplia gama de datos disponibles, incluida la información cuantitativa y cualitativa de los sectores público y privado y de las comunidades. Una dependencia excesiva de datos de un solo tipo o de una sola fuente tiene menos probabilidades de ofrecer la perspectiva o los conocimientos necesarios para comprender dichos vínculos e identificar cualquier tendencia existente o emergente.

Directrices adicionales sobre la entrega de datos

Los países que necesiten información adicional sobre la recopilación de datos para los indicadores del GAM, la herramienta de reporte o los mecanismos de reporte deben buscar asistencia técnica de sus asesores de información estratégica de ONUSIDA, las oficinas de UNICEF o de la OMS, o los grupos de trabajo de monitoreo y evaluación del VIH en su país. El equipo de Datos para el Impacto de ONUSIDA también puede proporcionar apoyo y está disponible a través del correo electrónico AIDSreporting@unaids.org.

Herramienta de reporte y envío de los datos

Los relatores nacionales pueden acceder a la herramienta de reporte en línea utilizando las mismas credenciales que utilizaron en la ronda de reporte anterior; también pueden extender estos derechos a otras personas, si así lo desean. A los nuevos relatores nacionales se les pide que se registren en línea como editores de país, que pueden añadir y modificar la información a presentar. Las inscripciones se aprueban en función de la comunicación oficial con el país.

Al igual que en años anteriores, el relator nacional también puede permitir que otras personas vean los datos, lo que permite una consulta más amplia del país. Los observadores pueden ver la información que se va a presentar, pero no pueden modificarla.

Se anima a los países a presentar datos para todos los indicadores de los que dispongan. Si los países no presentan datos sobre un indicador, deben indicar si es porque el indicador no se considera relevante para la epidemia o porque no se dispone de datos recientes y apropiados.

Los indicadores de comportamiento para las poblaciones clave son pertinentes en todos los países, independientemente de la prevalencia nacional del VIH. Por ejemplo, un país con una epidemia de mayor prevalencia también puede tener una subepidemia concentrada entre las personas que usan drogas inyectables. Por lo tanto, también sería valioso calcular e informar sobre los indicadores relacionados con las poblaciones clave de mayor riesgo.

Del mismo modo, se anima a los países con baja prevalencia del VIH a que recopilen datos sobre el comportamiento sexual entre los jóvenes como medio para hacer un seguimiento de las tendencias de comportamiento que podrían influir en la respuesta nacional en el futuro. Sin embargo, algunos indicadores sólo son aplicables a contextos epidémicos específicos del VIH. Esto se señala en las correspondientes definiciones de los indicadores en estas directrices.

ONUSIDA recomienda encarecidamente que los países utilicen estos indicadores en sus sistemas nacionales de monitoreo y evaluación. Si un país utiliza un indicador alternativo para monitorear el tema en cuestión, se puede utilizar la casilla de comentarios para Datos relacionados con este tema en la herramienta de reporte en línea para describirlo (incluyendo una definición completa y el método de medición) y para proporcionar cualquier dato disponible para el indicador.

Se solicita a los países que, siempre que sea posible, envíen copias de los informes primarios (o enlaces a los mismos) de los que se extraen los datos para los respectivos indicadores. Estos informes pueden enviarse a través de la herramienta de reporte en línea. Esto facilitará la interpretación de los datos, incluidos el análisis de tendencias y la comparación entre países.

Para facilitar la revisión a nivel de país, los usuarios pueden seleccionar Imprimir todo en PDF para combinar todos los indicadores en un único archivo PDF.

ONUSIDA revisará los datos y pedirá aclaraciones, si es necesario. Si ONUSIDA tiene dudas sobre los datos, los indicadores específicos se abrirán de nuevo para que los países respondan a las preguntas y editen sus respuestas.

Los problemas con la herramienta de reporte en línea pueden notificarse a AIDSreporting@unaids.org.

Organizaciones y respuestas dirigidas por poblaciones clave

Los informes del GAM prestan cada vez más atención a la identificación de las desigualdades en la respuesta al sida. Esto se refleja, por ejemplo, en el creciente número de indicadores con desglose de datos para las poblaciones clave y en la exigencia de informar sobre el estigma y la discriminación que sufren las poblaciones clave. Esto ayuda a centrar la atención en la prestación de servicios (y el acceso a los mismos) para grupos específicos de personas y a identificar sus carencias.

Monitoreo de la proporción de servicios de prevención seleccionados que están dirigidos por poblaciones claves en el Monitoreo Global del SIDA

Los indicadores sobre la prestación de servicios de prevención para poblaciones clave también pueden obtenerse de los datos del programa para indicar la proporción del total de servicios prestados por diferentes tipos de proveedores. Las opciones incluyen servicios públicos, organizaciones dirigidas por la población clave, ONG— incluidas las de carácter religioso, nacionales e internacionales— u otras entidades (como organizaciones privadas con fines de lucro). El propósito de este desglose es hacer un seguimiento de la proporción de servicios de prevención proporcionados por organizaciones dirigidas por poblaciones clave, lo que incluye: (a) intervenciones individuales de prevención del VIH diseñadas para cada población clave; (b) distribución de preservativos y lubricantes; (c) distribución de agujas y jeringuillas, y (d) terapia de sustitución de opiáceos.

Este ejercicio de informar sobre los líderes de la comunidad en la prestación de los servicios se debe realizar en estrecha consulta con las comunidades de hombres, mujeres y personas transgénero profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas y personas transgénero a nivel nacional, subnacional y local. También se puede consultar a las redes regionales y mundiales dirigidas por poblaciones clave sobre mejores prácticas de enfoques para comprometerse significativamente con las comunidades a nivel de país.

Con frecuencia, las organizaciones y redes dirigidas por poblaciones clave son blanco de violencia y vandalismo debido a la criminalización o al estigma y la discriminación a los que enfrentan. Hay que hacer todo lo posible para proteger su seguridad. Esto incluye proteger la información sobre sus líderes y empleados, la situación física de sus oficinas y las zonas donde se reúnen para realizar actividades de divulgación.

Esta información debe tratarse con el mismo nivel de confidencialidad que el de las personas que reciben servicios.

Definiciones

Las poblaciones clave comparten experiencias con respecto al estigma y la discriminación, la criminalización y la violencia, y soportan una carga desproporcionada de la enfermedad del VIH en todo el mundo. Las organizaciones y redes dirigidas por las poblaciones clave son entidades cuyos directivos, líderes, personal, portavoces, miembros y voluntarios reflejan y representan las experiencias, perspectivas y voces de sus constituyentes.

Para reportar sobre estos indicadores, la atención se centra en las organizaciones y redes que se definen como dirigidas por los siguientes grupos: hombres, mujeres y personas transgénero profesionales del sexo; hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que usan drogas, incluidas las mujeres que usan drogas, y personas transgénero. Aunque el enfoque específico es obtener mejor información sobre la proporción de servicios de prevención prestados por organizaciones dirigidas por miembros de poblaciones clave, ONUSIDA reconoce que las personas pueden pertenecer a más de un grupo. Además, las personas que viven con el VIH, las personas privadas de libertad, las personas con antecedentes de encarcelamiento, los migrantes, las mujeres y los jóvenes pueden estar incluidas dentro de cada una de las poblaciones clave aquí indicadas.

El informe sobre los Indicadores 1.6, 1.9 y 1.10, así como una serie de preguntas del ICPN, se centra en estas cuatro poblaciones clave: profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas y personas transgénero— y su participación en la prestación de los servicios de prevención del VIH seleccionados, así como las barreras y los habilitadores sociales que impiden o favorecen el acceso a los servicios y afectan al riesgo de adquisición. ONUSIDA reconoce que los datos desglosados que se reportan aquí son un subconjunto del panorama completo de todos los servicios prestados por las comunidades, pero proporcionan información preliminar valiosa para monitorear el compromiso en la Declaración Política sobre el Sida de 2021.

Cómo seleccionar las categorías de respuesta apropiadas

Organizaciones dirigidas por poblaciones clave

Al determinar cuáles de las organizaciones o redes que proporcionan los servicios descritos en los Indicadores 1.6, 1.9 y 1.10 son organizaciones dirigidas por poblaciones clave, los países deben considerar los siguientes criterios (que se basan en las definiciones anteriores):

- La mayoría de la estructura de dirección de la organización está compuesta por individuos que se identifican como pertenecientes a la población clave mencionada en el indicador.
- La mayoría de los líderes, el personal, los portavoces y los voluntarios de la organización o red son miembros de poblaciones clave.
- La mayoría de los clientes, miembros o personas constituyentes de la organización o red son de una o varias poblaciones clave.
- La organización o red tiene uno o varios mecanismos para rendir cuentas ante las comunidades de poblaciones clave a la que responde.

Organizaciones no gubernamentales

Todas las ONG (también denominadas «organizaciones de la sociedad civil» u «OSC») que no cumplen **todos** los criterios anteriores para ser dirigidas por poblaciones clave entran en la categoría de ONG. Esto incluye a las ONG internacionales, nacionales y locales —incluidas las organizaciones religiosas— que prestan servicios de prevención a las poblaciones clave. En esta categoría se incluyen las ONG que se ocupan de cuestiones de poblaciones clave y que no están dirigidas por ellas.

Otros

Se recomienda elegir la opción **Otros** si el proveedor de servicios no es una entidad pública o no gubernamental (por ejemplo, si es un proveedor privado con fines de lucro).

Campo de texto adicional: nombre de las organizaciones

Si indicó que los servicios son prestados por organizaciones dirigidas por poblaciones clave, ONG u otras entidades, por favor indique el nombre y la dirección URL/sitio web de las organizaciones que prestan tales servicios (si están disponibles).

Indicadores del GAM

1.1 Incidencia del VIH

Número de personas que contraen el VIH en el periodo sobre el que se informa por cada 1.000 personas no infectadas por el virus

Qué mide

Avances para poner fin a la epidemia de sida

Justificación

El objetivo fundamental de la respuesta mundial al sida es reducir el número de personas que contraen la infección por VIH a menos de 200.000 personas para el año 2030. Monitorear la tasa de personas que contraen la infección a lo largo del tiempo sirve para cuantificar los avances hacia este objetivo. Este indicador es uno de los indicadores prioritarios a nivel global que se incluyen en las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS.

Numerador

Número de personas que contraen la infección por VIH durante el periodo sobre el que se informa

Denominador

Número total de habitantes no infectados (o persona-años expuestos)

Cálculo

Tasa: (Numerador x 1.000)/denominador

Método de medición

Los métodos para monitorear la incidencia pueden variar dependiendo del entorno epidémico y se clasifican típicamente como mediciones directas e indirectas. La medición directa a nivel de población resulta preferible, pero con frecuencia es difícil de obtener. Como resultado de ello, la mayor parte de los países, si no todos, se basan en mediciones indirectas o triangulan métodos directos e indirectos.

Entre las estrategias para cuantificar directamente la incidencia del VIH se incluyen el seguimiento longitudinal y las pruebas repetidas entre personas que no presentan infección por el VIH y estimaciones que utilicen pruebas de laboratorio sobre infecciones recientes y datos clínicos sobre la población. El seguimiento longitudinal es con frecuencia costoso y de difícil ejecución a nivel de población. Las pruebas de laboratorio sobre individuos para determinar el nivel de antigüedad de las infecciones también plantean dificultades relativas a su coste y complejidad, dado que se requiere generalmente una encuesta poblacional nacionalmente representativa para obtener estimaciones.

Los métodos indirectos la mayor parte de las veces se basan en estimaciones construidas sobre herramientas de modelaje matemática, como son Spectrum y el AIDS Epidemic Model. Esos modelos pueden incorporar encuestas sobre VIH geográficos y poblacionales, vigilancia, notificación de casos, mortalidad, datos de programas y clínicos, y, en algunos casos, supuestos sobre conductas de riesgo y transmisión del VIH. En algunos casos, los países pueden desear triangular esos datos con otras fuentes de estimaciones sobre el número de personas que contraen la infección, lo que incluye estimaciones poblacionales seriales sobre prevalencia del VIH o estimaciones sobre la prevalencia del VIH entre poblaciones jóvenes recientemente expuestas.

Nota: los sistemas de vigilancia basada en casos que capturan nuevas personas que contraen el VIH no deberán utilizarse como fuente directa para la estimación del número de personas que contraen el VIH en el periodo del que se informa. Por causa de demoras en procesos de información o por situaciones de subdiagnóstico, esos nuevos casos podrían no reflejar la tasa real de personas que contraen la infección. Esa información puede ser útil, sin embargo, para finalidades de triangulación y validación, especialmente cuando se combina con pruebas dirigidas a determinar que tan reciente es la infección.

Los datos desglosados reportados para el numerador deberán utilizarse para monitorear los avances en la eliminación de nuevas infecciones infantiles y para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- Sexo (hombres y mujeres)
- Edad (0-14 años, 15-24 años, 15-49 años y 50+ años)

Información adicional solicitada

Se solicita la fuente de la estimación. Para países que faciliten estimaciones sobre incidencia que se deriven de fuentes diferentes de Spectrum, deberán facilitarse todas las estimaciones conexas sobre incertidumbre sobre ese valor y cargar una copia electrónica del informe que describa el modo en que se haya calculado esa cifra.

Los países, preferiblemente, deberán enviar una estimación basada en modelos y no de estimaciones calculadas únicamente sobre la base de encuestas poblacionales o el número de nuevos casos notificados de infección por el VIH a través de la vigilancia basada en casos. Los usuarios tienen ahora la opción de utilizar su estimación de Spectrum o introducir datos a nivel de poblaciones nacionalmente representativas. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del programa informático una vez que se finalice el archivo nacional.

Puntos fuertes y débiles

Las estimaciones sobre la tasa de nuevas infecciones y sobre los cambios a lo largo del tiempo en esa tasa se consideran el criterio de referencia para monitorear el impacto de los programas. Sin embargo, incluso en poblaciones de alto riesgo, es un evento relativamente poco común que se produzcan nuevas infecciones por VIH. La precisión de las estimaciones de la incidencia de la enfermedad y de los cambios en esta tasa a lo largo del tiempo puede ser, en consecuencia, cuestionable. Tal incertidumbre deberá hacer constar en los informes cuando se utilice la tasa de incidencia del VIH para monitorear el impacto de programas, especialmente cuando se desglosen según sexo y edades y para grupos de población clave o en áreas geográficas específicas. Los países deberán proceder de forma prudente a la hora de aplicar tasas de incidencia del VIH resultantes de encuestas reducidas a la población de forma más general.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centered HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Spectrum software. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2024 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

1.2 Estimaciones sobre el tamaño de poblaciones clave (A-E)

Qué mide

Número de personas que presentan un comportamiento específico que pone a una población determinada en riesgo de transmisión del VIH o un indicador de esos tipos de comportamiento:

- A. Profesionales del sexo.
 - B. Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
 - C. Personas que se inyectan drogas.
 - D. Personas transgénero.
 - E. Personas en prisiones y otros entornos cerrados.
-

Justificación

La planificación de programas para poblaciones clave puede ser más eficiente si se puede estimar con precisión el tamaño de estas poblaciones. Las cifras permiten a los programas nacionales de SIDA, los ministerios de salud, los donantes y las organizaciones multilaterales y sin fines de lucro asignar recursos de manera eficiente para satisfacer adecuadamente las necesidades de prevención de las poblaciones específicas de mayor riesgo. Las estimaciones de tamaño también son importantes para modelar la epidemia de VIH.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Se encuentran disponibles varios métodos de estimación, incluida la captura-recaptura, los multiplicadores de servicios y la ampliación de la red. Consulte la sección Información adicional a continuación para obtener detalles específicos.

Frecuencia de medición

Se debe estimar el tamaño de la población cada cinco años. Sin embargo, cada vez que se implementa una encuesta de biocomportamiento integrada, se deben incorporar estimaciones de tamaño, aunque solo sea para agregar a la base de datos con el fin de confirmar o refinar las estimaciones.

Desglose

- Calcular los tamaños de la población por edad o sexo no suele ser práctico. Sin embargo, si una encuesta mide mujeres que se inyectan drogas o profesionales masculinos del sexo, por ejemplo, se debe incluir una estimación del tamaño.
-

Información adicional solicitada

Para comprender mejor las estimaciones de tamaño enviadas, solicitamos que se incluya la siguiente información adicional en el cuadro de comentarios:

- Definición utilizada para la población y criterios de inclusión utilizados en el estudio/encuesta, según corresponda.
- Método para derivar la estimación del tamaño.
- Estimaciones específicas del sitio para todas las estimaciones disponibles.

De acuerdo con los esfuerzos para proporcionar presentaciones de datos más detallados, este último ofrecerá la oportunidad de asignar los datos del denominador con los datos del programa si se recopilan en las mismas áreas de la encuesta.

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de estimación de tamaño disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

La calidad de las estimaciones del tamaño de la población varía según los métodos utilizados y la fidelidad con la que se implementan. Se debe intentar y explicar todos los esfuerzos para evaluar el sesgo y ajustar las estimaciones según corresponda. Las estimaciones de tamaño para las zonas pequeñas no deben presentarse como estimaciones nacionales: se debe utilizar y explicar un enfoque racional de extrapolación o se deben presentar las estimaciones de zonas pequeñas para las zonas relevantes. Indique en el campo de comentarios si se ha alcanzado un consenso de múltiples partes interesadas para las estimaciones de tamaño notificadas.

Tenga en cuenta que las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA sugieren que las estimaciones de tamaño de la población de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no deben representar menos del 1 % de la población de hombres adultos. Si la estimación del tamaño se calcula como menos del 1 %, los resultados deben ser revisados según las orientaciones.

Resumen técnico: Recommended population size estimates of men who have sex with men Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2020. (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf).

Información adicional

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2010 (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

1.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)

Porcentaje de grupos de población clave específicos que viven con el VIH

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

- A. Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo.
- B. Prevalencia del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas.
- D. Prevalencia del VIH entre las personas transgénero.
- E. Prevalencia del VIH entre las personas en prisiones y otros entornos cerrados.

Qué mide

Avances en la reducción de la prevalencia del VIH entre grupos de población clave

Justificación

La/os profesionales del sexo, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que usan drogas inyectables, las personas transgénero y las personas en prisiones y otros entornos cerrados suelen tener una prevalencia del VIH más alta que la población general en todos los contextos epidémicos. Abordar el VIH entre estas poblaciones es un componente importante de la respuesta nacional.

Numerador

Número de personas incluidas en grupos de población clave que reciben resultados positivos en pruebas sobre el VIH

Denominador

Número de personas incluidas en grupos de población clave que se someten a pruebas sobre el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

A–D. Este indicador se calcula utilizando datos sobre pruebas del VIH realizadas entre encuestados en los centros centinela o entre participantes en encuestas bioconductuales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

E. Este indicador se calcula utilizando datos sobre pruebas del VIH realizadas en prisiones y otros entornos de confinamiento. Son aceptables datos de programas de pruebas del VIH. Realizar encuestas a estos efectos puede ser un proceso difícil y en consecuencia no se deberá confiar en ellas. Las pruebas únicamente pueden realizarse con el consentimiento de las personas en prisiones y otros entornos cerrados.

Frecuencia de medición

Anualmente (datos de programa) o cada dos años (encuestas bioconductuales).

Desglose

- **A, C, y E:** Género (mujeres, hombres y transgénero).
- **D:** Género (hombre trans, mujer trans, otro)
- **A–E:** Edad (<25 y +25 años).

Información adicional solicitada

A–E: Si existen datos subnacionales disponibles, incluya el desglose por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

En teoría, los avances en la reducción del número de personas que contraen el VIH se evalúa mejor supervisando los cambios en la incidencia del VIH a lo largo del tiempo. En la práctica, sin embargo, es más fácil disponer de datos sobre la prevalencia y no tanto sobre la incidencia del VIH. A la hora de analizar los datos sobre prevalencia en grupos de población clave para evaluar el impacto de los programas de prevención, resulta deseable no restringir el análisis a personas jóvenes sino también informar sobre nuevos comportamientos personales que sitúan a esas personas ante un mayor riesgo de infección, como ocurre cuando se limita el análisis a personas que están ejerciendo el trabajo sexual desde hace menos de un año, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por primera vez durante el año anterior o personas que empiezan a consumir drogas intravenosas dentro de ese mismo periodo. Ese tipo de análisis también tiene la ventaja de no verse afectado por terapias antirretrovirales que incrementan la supervivencia y que, en consecuencia, aumentan la prevalencia del VIH.

Por las dificultades que tiene el acceso a grupos de población clave, los sesgos en datos sobre serovigilancia es más probable que sean más significativos que los datos recopilados sobre poblaciones menos estigmatizadas, como pueden ser las mujeres que asisten a clínicas de atención prenatal. Si existen dudas sobre los datos, su interpretación deberá reflejar esas dudas o inquietudes.

Comprender la forma en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones más amplias que comparten comportamientos de alto riesgo resulta esencial para interpretar este indicador.

Las tendencias en prevalencia del VIH entre grupos de población clave de la capital nacional ofrecen una útil indicación del rendimiento de los programas de prevención del VIH que se desarrollan en ese país. Sin embargo, no son representativas de la situación del país como conjunto.

La adición de nuevos centros centinela incrementará la representatividad de la muestra y, en consecuencia, ofrecerá una estimación puntual más sólida de la prevalencia del VIH. Sin embargo, añadir nuevos centros centinela reduce la comparabilidad de valores a lo largo del tiempo. Por ello resulta importante utilizar de forma coherente los datos sobre esos centros a la hora de realizar análisis de tendencias.

Son escasas las encuestas que cubren exclusivamente a las personas transgénero. La mayor parte de los datos sobre comunidades transgénero se extraen de encuestas sobre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o sobre profesionales del sexo. El entorno de riesgo de que se informa en la mayor parte de las comunidades transgénero es grande, lo que sitúa a las mujeres transgénero en un riesgo especialmente alto de ser seropositivas o de transmitir la infección. Ejemplos procedentes de diversos países latinoamericanos demuestran que pueden realizarse encuestas exitosas en comunidades de personas transgénero. Si se encuesta a mujeres transgénero en encuestas sobre profesionales del sexo, deberán incluirse los datos relativos a profesionales del sexo como desglose. Si se encuesta a personas transgénero en encuestas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, deberá incluirse esos datos bajo la pestaña "transgender" (transgénero).

Los diferentes servicios pueden hacerse llegar fácilmente a las personas en prisiones y otros entornos cerrados, mientras que los individuos que alcanzan la libertad pueden vincularse eficientemente a servicios de atención y prevención adecuados. La prevalencia del VIH puede así ser estimada fácilmente y se ofrece rápidamente información sobre cuya base puede actuarse.

En entornos en los que se criminalizan comportamientos de alto riesgo en relación con la transmisión del VIH, existe el potencial de una alta prevalencia del VIH y de una "sobreinterpretación" de los resultados. Comprender bien en qué consiste la población penitenciaria resulta de utilidad para el análisis, especialmente cuando se incluyen las causas que han motivado la detención.

Información adicional

Publicaciones sobre epidemiología de la OMS (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourepidemic/epidemiologypublications>).

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/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. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2012 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-49a.html>).

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.4 Pruebas de VIH y conocimiento del estado serológico entre poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personas de poblaciones clave que declaran haber dado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, o que saben que viven con el VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Pruebas de HIV entre profesionales del sexo.
- B. Pruebas de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Pruebas de VIH entre personas que se inyectan drogas.
- D. Pruebas de VIH entre personas transgénero.

Qué mide

Avances en la provisión de servicios de pruebas para el VIH entre quienes integran grupos de población clave.

Justificación

Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban la atención y los tratamientos que necesitan para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de que transmitan el VIH requiere que esas personas conozcan su estado serológico. En muchos países, dirigir las pruebas y las actuaciones de asesoramiento sobre lugares y poblaciones con más alta carga de prevalencia del VIH es la forma más eficiente de llegar a las personas que viven con el VIH y de garantizar que conozcan su estado serológico. Este indicador captura la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH para alcanzar a grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH.

Numerador

El encuestado sabe que vive con el VIH (la respuesta a la pregunta 3 es "positiva")

más

El encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo

(la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativo").

		Resultado de la última prueba de HIV	
		Positivo	Negativo
¿Cuándo fue su última prueba del VIH?	<6 meses		
	6-12 meses		
	>12 meses		

El número de encuestados en los recuadros verdes es el numerador.

Si todavía utiliza el indicador antiguo: prueba del VIH en los últimos 12 meses, recuerde que debe indicarlo en el campo de comentarios.

Denominador

Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la Pregunta 1 (a continuación).

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?
 - a. No, nunca me he sometido a esas pruebas
 - b. Sí, me he sometido a esas pruebas
 2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez?
 - a. En los últimos 6 meses
 - b. En los últimos 6-12 meses
 - c. Hace más de 12 meses
 3. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a que se sometió usted?
 - a. Positivo
 - b. Negativo
-

Frecuencia de medición

Cada dos años.

Desglose

A, C: Género (hombres, mujeres y transgénero).

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

A–D: Edad (<25 años y +25 años).

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta o vigilancia centinela disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH son el primer paso necesario para dar respuesta a la infección por el VIH que sufra cada persona. Las personas que viven con el VIH deben tener conocimiento de su estado serológico y poder hacer uso de los servicios de prevención y tratamiento por su propia salud y para prevenir la transmisión del virus. Los programas nacionales se proponen conseguir que un 95 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.

Los encuestados seropositivos pueden mostrarse menos dispuestos a informar con exactitud de su estado serológico que los negativos, lo que conduce a una infravaloración de la cobertura de las pruebas entre las personas que viven con el VIH.

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5A Uso del preservativo entre los/las profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado el preservativo con su último cliente

Qué mide

Avances en la prevención de la exposición al VIH entre los/las profesionales del sexo originado en relaciones sexuales sin protección con sus clientes

Justificación

Son diversos los factores que incrementan el riesgo de exposición al VIH entre los/las profesionales del sexo; entre ellos se incluye el hecho de que tienen múltiples parejas no habituales y relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, los/las profesionales del sexo pueden reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH entre sus clientes (y también en el otro sentido de la relación, de los clientes hacia los/las profesionales del sexo) utilizando sistemática y correctamente el preservativo.

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre los/las profesionales del sexo. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre este grupo de población resultará de utilidad.

Numerador

Número de profesionales del sexo que declaran haber utilizado el preservativo con su último cliente

Denominador

Número de profesionales del sexo que declaran haber mantenido relaciones sexuales comerciales en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

¿Ha utilizado usted el preservativo con el último cliente con quien haya mantenido relaciones sexuales?

En los casos en que sea posible, los datos sobre profesionales del sexo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población. El acceso a los/las profesionales del sexo y los datos que se hayan recopilado sobre ellos deberán permanecer confidenciales y protegerse.

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (mujeres, hombres y transgénero)
 - Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

El preservativo es más eficaz cuando se utiliza de forma sistemática en lugar de ocasionalmente. El actual indicador resultará en una sobrestimación del nivel de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo que consiste en preguntar si el preservativo se utiliza siempre, en algunas ocasiones o nunca en los encuentros sexuales con clientes durante un determinado periodo está sujeto a un sesgo de memoria. Además, la tendencia en el uso del preservativo en la relación sexual más reciente se reflejará generalmente en la tendencia sobre uso sistemático de ese elemento profiláctico.

Este indicador pregunta acerca de actividad sexual comercializada de los 12 meses anteriores. Si hay datos disponibles sobre otros periodos, como pueden ser los tres o los seis meses anteriores, deberá incluirse la definición del indicador alternativo en los metadatos que se incluyan en la sección para comentarios y observaciones de la herramienta de presentación de informes.

Las encuestas a profesionales del sexo pueden ofrecer dificultades. Consecuentemente, los datos que se obtengan pueden no estar basados en una muestra nacional representativa de grupos de población clave en situación de más alto riesgo que se estudien. Si existen dudas o inquietudes respecto a que los datos puedan no estar basados en una muestra representativa, la interpretación de los datos de las encuestas deberá reflejar esas cuestiones. Si hay disponibles diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación que esté disponible. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Para maximizar la utilidad de esos datos, se recomienda que se utilice la misma muestra que se haya utilizado para calcular este indicador a la hora de calcular otros indicadores relacionados con esos grupos de población.

Información adicional

Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Banco Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SWIT_en_UNDP%20logo.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5B Uso del preservativo entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado el preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina

Qué mide

Avances en la prevención de la exposición al VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales anales con parejas masculinas

Justificación

El uso de preservativos puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión de VIH. En consecuencia, 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 asociado a los actos de sexo anal practicados sin protección. Además, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también pueden tener parejas femeninas, que también podrían infectarse. El uso del preservativo con la última pareja masculina se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre este grupo de población resultará de utilidad.

Numerador

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declaran haber utilizado el preservativo la última vez que practicaron sexo anal

Denominador

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declaran haber practicado sexo anal con una pareja masculina en los seis meses anteriores

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

En una encuesta conductual sobre una muestra de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a los entrevistados se les pregunta sobre parejas sexuales habidas en los anteriores seis meses, sobre prácticas de sexo anal con esas parejas y sobre el uso del preservativo en la última ocasión que practicaron sexo anal. El uso del preservativo es aplicable ya sea el entrevistado quien realiza las penetraciones o quien las recibe.

En los casos en que ello sea posible, los datos sobre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población.

El acceso a este grupo de población (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) y los datos que se hayan recopilado sobre él deberán permanecer confidenciales y protegerse.

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo durante la última relación sexual anal con cualquier pareja informa adecuadamente sobre los niveles mundiales y las tendencias en sexo protegido y no protegido dentro de este grupo de población. Este indicador no ofrece información sobre comportamiento de riesgo en relaciones sexuales con mujeres entre los hombres que tienen relaciones sexuales con tanto mujeres como hombres. En países en que los hombres incluidos en el subgrupo de población estudiado es probable que tengan parejas de ambos sexos, deberá investigarse el uso del preservativo con parejas femeninas y también con las masculinas. En esos casos, los datos sobre uso del preservativo deberán presentarse siempre de forma separada para parejas masculinas y femeninas.

Este indicador pregunta acerca de relaciones sexuales entre hombres en los seis meses anteriores. Si hay datos disponibles sobre diferentes periodos, como pueden ser los tres o los doce meses anteriores, deberá incluirse esa información en los metadatos que se incluyan en la sección para comentarios y observaciones de la herramienta de presentación de informes.

Los datos que se obtengan pueden no estar basados en una muestra nacional representativa de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se estudien. Si existen dudas o inquietudes respecto a que los datos puedan no estar basados en una muestra representativa, la interpretación de los datos de las encuestas deberá reflejar esas cuestiones. Si hay diferentes fuentes de datos disponibles, deberá utilizarse la mejor estimación disponible. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Para maximizar la utilidad de esos datos, se recomienda que se utilice la misma muestra que se haya utilizado para calcular este indicador a la hora de calcular otros indicadores relacionados con esos grupos de población.

Información adicional

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro mundial sobre HSH y VIH, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, United States Agency for International Development, Banco Mundial. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. Nueva York (NY): Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5C Uso del preservativo entre las personas que se inyectan drogas

Porcentaje de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado el preservativo en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales

Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre las personas que se inyectan drogas

Justificación

Aumentar la seguridad de las prácticas sexuales y el consumo de drogas intravenosas entre las personas que usan drogas inyectables tiene una importancia esencial, incluso en países en que predominan otras formas de transmisión del VIH, ya que el riesgo de transmisión del VIH asociado a los utensilios que se utilizan para el consumo de drogas intravenosas es extremadamente alto, y esas personas pueden propagar el VIH (como también ocurre mediante la transmisión sexual) entre mayores grupos de población.

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre personas que se inyectan drogas. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre este grupo de población resultará de utilidad.

Numerador

Número de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado el preservativo en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales

Denominador

Número de personas que se inyectan drogas que informan haber consumido estas drogas y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A las personas que se inyectan drogas se les plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado usted drogas en cualquier momento del último mes?
 2. Si la respuesta es afirmativa, ¿ha mantenido relaciones sexuales en el último mes?
- Si la respuesta es afirmativa tanto para la pregunta 1 como para la 2:
3. ¿Utilizó usted el preservativo en la última ocasión en que mantuvo relaciones sexuales?

En los casos en que ello sea posible, los datos sobre las personas que se inyectan drogas deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población.

El acceso a los encuestados de las encuestas y los datos que se hayan recopilado sobre ellos deberán permanecer confidenciales y protegerse.

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (mujeres, hombres y transgénero).
 - Edad (<25 años y 25+ años)
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Las encuestas a personas que se inyectan drogas pueden presentar dificultades. En consecuencia, los datos que se obtengan pueden no estar basados en una muestra representativa de las personas que se inyectan drogas que se estudien. Si existen dudas o inquietudes respecto a que los datos puedan no estar basados en una muestra representativa, la interpretación de los datos de las encuestas deberá reflejar esas cuestiones. Si hay disponibles diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación que esté disponible. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

El alcance que tiene la transmisión del VIH asociada con el consumo de drogas intravenosas dentro de un determinado país depende de cuatro factores: (1) la dimensión, fase y patrón de propagación de la epidemia nacional del sida; (2) el alcance del consumo de drogas intravenosas; (3) el grado en que las personas que usan drogas inyectables utilizan utensilios contaminados; y (4) los patrones de vida sexual y uso del preservativo que se dan entre las personas que usan drogas inyectables y entre estas y la población general. Este indicador ofrece información sobre el cuarto factor. Para maximizar la utilidad de esos datos, se recomienda que se utilice la misma muestra que se haya utilizado para calcular este indicador a la hora de calcular otros indicadores relacionados con esos grupos de población.

Información adicional

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, ONUSIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5D Uso del preservativo entre las personas transgénero

Porcentaje de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal

Qué mide

Avances en la prevención de la exposición al VIH entre las personas transgénero originada en relaciones sexuales sin protección con sus parejas

Justificación

El uso de preservativos puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión de VIH. El uso correcto y consistente del preservativo es importante para las personas transgénero, particularmente mujeres transgénero, debido al alto riesgo de transmisión del VIH durante el sexo anal sin protección. El uso del preservativo con la última pareja con quien se tuvo sexo penetrativo se considera un indicador confiable de comportamiento a largo plazo.

Nota: Los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre personas transgénero. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre este grupo de población resultará de utilidad.

Numerador

Número de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o la última ocasión en que practicaron sexo anal

Denominador

Número de personas transgénero encuestadas que reportan haber tenido relaciones sexuales o haber practicado sexo anal en los últimos seis meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

¿Ha utilizado usted el preservativo en su relación sexual u ocasión en que practicó sexo anal más reciente?

En los casos en que ello sea posible, los datos sobre personas transgénero deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población. El acceso a las personas transgénero y los datos que se hayan recopilado sobre ellas deberán permanecer confidenciales y protegerse.

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)
- Edad (<25 años y 25+ años)

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Para las personas transgénero, el uso del preservativo durante la última relación sexual u ocasión en que practicaron sexo anal con cualquier pareja informa adecuadamente sobre los niveles mundiales y las tendencias en sexo protegido y no protegido dentro de este grupo de población. En los países en que existan probabilidades de que las personas transgénero de la subpoblación encuestada tengan parejas cis y transgénero, debe investigarse el uso del preservativo con parejas femeninas, masculinas y transgénero. En esos casos, los datos sobre uso del preservativo deberán presentarse siempre de forma separada para parejas masculinas, femeninas y transgénero.

Este indicador pregunta acerca de relaciones sexuales o relaciones de sexo anal habidos en los seis meses anteriores. Si están disponibles datos sobre otros periodos, como pueden ser los tres o los doce meses anteriores, deberán incluirse esos datos adicionales en la sección para comentarios y observaciones de la herramienta de presentación de informes.

Las encuestas a personas transgénero puede ofrecer dificultades. Consecuentemente, los datos que se obtengan pueden no estar basados en una muestra nacional representativa de grupos de población clave en situación de más alto riesgo que se estudien. Si existen dudas o inquietudes respecto a que los datos puedan no estar basados en una muestra representativa, la interpretación de los datos de las encuestas deberá reflejar esas cuestiones. Si hay disponibles diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación que esté disponible. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Para maximizar la utilidad de esos datos, se recomienda que se utilice la misma muestra que se haya utilizado para calcular este indicador a la hora de calcular otros indicadores relacionados con esos grupos de población.

Información adicional

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. Nueva York (NY): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2016 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioral survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.6 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-D)

Cobertura de los programas de prevención del VIH: Porcentaje de personas en la notificación sobre población clave que recibieron un conjunto combinado de intervenciones de prevención del VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo.
- B. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas transgénero.

Cada subindicador se divide en dos partes. Informar ambas partes. Las encuestas y los datos del programa se consideran complementarios.

PARTE I. Vigilancia del comportamiento u otra encuesta especial

Qué mide

Personas de poblaciones clave que recibieron al menos dos intervenciones de prevención del VIH en los últimos tres meses

Justificación

Para afrontar con éxito la epidemia del VIH es necesario combinar el comportamiento preventivo y la terapia antirretroviral. La cobertura con programas de prevención basados en evidencias es un componente fundamental de la respuesta, cuya importancia se refleja en la estrategia de ONUSIDA.

Numerador

Número de personas de una población clave que informan haber recibido dos o más de las intervenciones de prevención enumeradas en los últimos tres meses

Denominador

Número de personas en una población clave que contestaron a la encuesta

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Porcentaje de encuestados que informan haber recibido como mínimo dos de los siguientes servicios de prevención del VIH a través de ONG, profesionales sanitarios u otras fuentes.

- En los últimos tres meses, ¿se le han facilitado a usted preservativos y lubricante (por ejemplo, a través de servicios de divulgación, centros de acceso abierto o centros médicos de salud sexual)?
- En los últimos tres meses, ¿ha recibido consejos sobre uso de preservativo y sexo seguro (por ejemplo, a través de servicios de divulgación, centros de acceso abierto o centros médicos de salud sexual)?
- En los últimos tres meses, ¿se ha sometido usted a pruebas para la detección de infecciones de transmisión sexual? (profesionales del sexo, personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)
- ¿Ha recibido agujas o jeringas nuevas, limpias en los últimos tres meses? (personas que se inyectan drogas)

Frecuencia de medición

Cada dos años

Desglose

- Edad (<25 años y 25+ años)
- A, C, Género (hombres, mujeres y transgénero).
- D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

Puntos fuertes y débiles

Los datos de la encuesta permiten medir la aceptación de los diversos servicios de intervención por parte de las personas. Este indicador acorta el período de referencia porque las poblaciones deben acceder a los servicios con regularidad y los comportamientos de riesgo deben ser regulares. Las debilidades asociadas con los datos de la encuesta se relacionan con cualquier sesgo de muestreo o respuesta, y la cobertura geográfica limitada de la información.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. En: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

Qué mide

Personas de poblaciones clave a las que se llegó con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista

Justificación

Para afrontar con éxito la epidemia del VIH es necesario combinar el comportamiento preventivo y la terapia antirretroviral. La cobertura con programas de prevención basados en evidencias es un componente fundamental de la respuesta, cuya importancia se refleja en la estrategia de ONUSIDA.

Numerador

Número de personas de poblaciones clave a las que se llegó con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista

Denominador

Número de personas en una población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Número de personas de poblaciones clave a las que se llegó de manera individual con intervenciones de prevención del VIH diseñadas para la población prevista y las siguientes poblaciones:

- Profesionales del sexo, hombres homosexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero: cantidad de preservativos y lubricantes distribuidos.
- Personas que se inyectan drogas: cantidad de agujas o jeringas que se distribuyeron.

Además: [1.6.1] Número de centros de prestación de servicios dedicados a las poblaciones clave por área administrativa.

Para el denominador: Estimación del tamaño de la población validada

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades).
 - Nombre de las organizaciones: Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.
-

Puntos fuertes y débiles

Los datos del programa brindan un panorama del país siempre que los programas ofrezcan servicios a nivel nacional. Si bien los datos del programa reflejan un compromiso nacional de brindar servicios a comunidades de poblaciones clave específicas, no reflejan con precisión la cantidad de personas atendidas y, por lo general, los datos no se pueden deduplicar. Además, el análisis de dos conjuntos de datos de programas diferentes solo se puede considerar de manera ecológica; es decir, podemos ver el número de personas alcanzadas por los programas y la cantidad de preservativos distribuidos a través de los programas, pero no podemos saber quiénes de las personas contactadas recibieron preservativos.

Información adicional solicitada

Los centros de prestación de servicios diseñados específicamente para una o más poblaciones clave demuestran el compromiso de brindar servicios confidenciales según el contexto a comunidades que con frecuencia están estigmatizadas. Proporcione el número total de dichos sitios y el número total de áreas administrativas de primer nivel (p. ej., estado/provincia/región) o de segundo nivel (p. ej., condado/distrito) que tienen al menos un servicio y el número total en el país. Por ejemplo, el País A informa 10 programas de agujas y jeringas en cinco provincias, y tiene siete provincias en total.

Si se conoce, informe si el centro es operado por el programa nacional (gobierno) o por la comunidad (sociedad civil u organización no gubernamental).

Proporcione el número de trabajadores de actividades de divulgación activos en el momento de la divulgación para cada población clave.

Información adicional

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave: complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. En: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

1.7 Programas de prevención del VIH en prisiones

Programas de prevención y de tratamiento del VIH ofrecidos a personas en prisiones y otros entornos cerrados mientras se encuentran en situación de privación de libertad

Qué mide

El número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben servicios de prevención y tratamiento para el VIH mientras se hallan privados de libertad

Justificación

Las personas en prisiones y otros entornos cerrados con frecuencia se hallan en situaciones de riesgo de contraer el VIH cuando recuperan la libertad y vuelven a integrarse en las comunidades. Esto resulta especialmente cierto para quienes consumen drogas ilegales o en los países en que el comercio sexual es ilegal. Ofrecer servicios de prevención y tratamiento del VIH en las prisiones puede ayudar a reducir la transmisión del VIH tanto dentro de los centros penitenciarios como en las comunidades, cuando los presos recuperan su libertad. Una sólida respuesta nacional frente al VIH incluirá tales servicios para las personas en prisiones y otros entornos cerrados.

Numerador

Número de agujas estériles distribuidas entre personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Número de preservativos distribuidos entre personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que reciben terapias antirretrovirales

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados sometidos a pruebas sobre el VIH

Número o porcentaje de personas que viven con el VIH de entre las personas en prisiones y otros entornos cerrados

Número o porcentaje de personas en prisiones y otros entornos cerrados con hepatitis C

Número de personas en prisiones y otros entornos cerrados que presentan coinfección por VIH y virus de la hepatitis C

Número o porcentaje de personas en prisiones y otros entornos cerrados que sufren TB o que presentan coinfección por VIH y TB

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Datos de programas rutinarios

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

Número de prisiones que ofrecen servicios de prevención y tratamiento del VIH

Puntos fuertes y débiles

Los datos de programas ofrecen una imagen sólida y firme de los servicios y de la carga de prevalencia del VIH que soportan los internos. Este indicador da cuenta de si un determinado programa nacional se está beneficiando de ofrecer servicios a una población fácilmente accesible en situación de alto riesgo.

Dada la natural rotación que se da en la mayor parte de los sistemas penitenciarios, todos los datos de programas ofrecerán una instantánea sobre un período concreto. Las cuestiones relativas a la confidencialidad y el bienestar de los internos pueden sesgar las encuestas, aunque pueden ser útiles si se realizan de forma segura.

Información adicional

UNODC, OIT, UNDP, OMS, ONUSIDA. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Viena: UNODC; 2020 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf).

1.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables entre las personas que se inyectan drogas

Porcentaje de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado utensilios de inyección estériles en la última ocasión en que consumieron drogas inyectables

Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables

Justificación

Aumentar la seguridad de las prácticas sexuales y el consumo de drogas intravenosas entre las personas que usan drogas inyectables tiene una importancia esencial, incluso en países en que predominan otras formas de transmisión del VIH, ya que el riesgo de transmisión del VIH asociado a los utensilios que se utilizan para el consumo de drogas intravenosas es extremadamente alto, y esas personas pueden propagar el VIH (como también ocurre mediante la transmisión sexual) entre mayores grupos de población.

Nota: los países con epidemias generalizadas pueden tener también una subepidemia concentrada entre personas que se inyectan drogas. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre este grupo de población resultará de utilidad.

Numerador

Número de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado utensilios de inyección estériles en la última ocasión en que consumieron drogas inyectables

Denominador

Número de personas que se inyectan drogas que informan haber consumido drogas inyectables durante el último mes

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado usted drogas en cualquier momento del último mes?

Si la respuesta es afirmativa:

2. En la última ocasión en que usted se inyectó drogas, ¿utilizó una aguja y jeringuilla estériles?

En los casos en que ello sea posible, los datos sobre las personas que se inyectan drogas deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población.

El acceso a este grupo de población que se inyecta drogas y los datos que se hayan recopilado sobre él deberán permanecer confidenciales y protegerse.

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
- Edad (<25 años y 25+ años)

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Las encuestas a personas que se inyectan drogas pueden presentar dificultades. Los datos que se obtengan pueden no estar basados en una muestra nacional representativa de las personas que se inyectan drogas que se estudien. Si existen dudas o inquietudes respecto a que los datos puedan no estar basados en una muestra representativa, la interpretación de los datos de las encuestas deberá reflejar esas cuestiones. Si hay disponibles diferentes fuentes de datos, deberá utilizarse la mejor estimación que esté disponible. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

El alcance que tiene la transmisión del VIH asociada con el consumo de drogas intravenosas dentro de un determinado país depende de cuatro factores: (1) la dimensión, fase y patrón de propagación de la epidemia nacional del sida; (2) el alcance del consumo de drogas intravenosas; (3) el grado en que las personas que usan drogas inyectables utilizan utensilios contaminados; y (4) los patrones de vida sexual y uso del preservativo que se dan entre las personas que usan drogas inyectables y entre estas y la población general. Este indicador ofrece información sobre el tercer factor. Para maximizar la utilidad de esos datos, se recomienda que se utilice la misma muestra que se haya utilizado para calcular este indicador a la hora de calcular otros indicadores relacionados con esos grupos de población.

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 (https://data.unaids.org/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas

Número de agujas y jeringuillas distribuidas al año por cada persona que usa drogas inyectables mediante programas de facilitación de agujas y jeringuillas

Qué mide

Avances en la mejora de la cobertura de agujas y jeringas proporcionadas, un servicio de prevención del VIH esencial para las personas que se inyectan drogas

Justificación

El uso de drogas inyectables es una de las principales vías de transmisión de aproximadamente el 12% de las personas que se infectan por VIH en todo el mundo. La prevención de la transmisión del VIH causada por el uso de drogas inyectables es uno de los principales desafíos para reducir la carga del VIH.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se incluyen como una intervención esencial del sector sanitario en el paquete integral de intervenciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el tratamiento del VIH y virus de la hepatitis C entre los grupos de población clave (véase más información a continuación) descrito en las Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (2022).

Los programas de agujas y jeringas mejoran en gran medida la prevención del VIH para las personas que se inyectan drogas, y una gran cantidad de pruebas científicas respaldan su eficacia para prevenir la transmisión del VIH.

Numerador

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

Denominador

Número de personas que se inyectan drogas en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Datos del programa utilizados para contar el número de agujas y jeringas distribuidas

Para el denominador: Estimación del número de personas que se inyectan drogas en el país

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades).
- Nombre de las organizaciones Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de estimación de tamaño disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Se informan algunas dificultades para contar agujas y jeringas. Algunas jeringas de uso común son unidades de aguja y jeringa de 1 ml o 2 ml; otras son jeringas a las que se les debe colocar agujas. En la mayoría de los casos, solo se dispone de datos sobre el número de jeringas distribuidas a través los programas de agujas y jeringas, pero no sobre las ventas en farmacias.

Existen desafíos a la hora de estimar el número de personas que se inyectan drogas a nivel nacional. Las personas que se inyectan drogas se definen de muchas maneras, y las estimaciones tienen rangos. La UNODC publica estimaciones del número de personas que se inyectan drogas en el Informe mundial sobre drogas. Se pueden utilizar estas estimaciones. Si hay una razón para no usarlas, proporcione la justificación en el campo de comentarios.

Los países que legalizaron la venta de agujas y jeringas sin receta médica pueden parecer tener una cobertura artificialmente baja con este indicador. Los países pueden controlar este indicador respecto de los siguientes niveles de cobertura:

- Bajo: <100 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.
- Medio: 100 a 200 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.
- Alto: >200 jeringas por persona que se inyecta drogas al año.

Estos niveles se basan en estudios de países de ingresos bajos y medios que investigan los niveles de distribución de jeringas y cómo afectan la transmisión del VIH. Es probable que los niveles requeridos para prevenir la hepatitis C sean mucho más altos que los que se presentan aquí.

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/43107>).

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2010 (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

1.10 Cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Porcentaje de personas que se inyectan drogas y que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Qué mide

La capacidad de un programa para administrar tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos entre personas que se inyectan drogas como método para reducir directamente la frecuencia de las inyecciones.

Justificación

El tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos representa un compromiso para tratar la dependencia de opiáceos y reducir la frecuencia de inyección, preferentemente a cero. Es la herramienta de salud pública basada en la evidencia más efectiva para reducir el uso entre las personas que se inyectan opiáceos. El tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos proporciona un apoyo fundamental para tratar otras afecciones de salud, como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.

Numerador

Número de personas que se inyectan drogas y que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos en una fecha específica

Denominador

Número de personas dependientes de opiáceos que se inyectan drogas en el país

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Registros del programa: por ejemplo, registros de tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Para el denominador: Estimación del tamaño de las personas dependientes de los opiáceos: usuarios o personas que se inyectan.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
- Edad (<25 años y 25+ años)
- Tipo de proveedor (servicios públicos, organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades).
- Nombre de las organizaciones Indique el nombre y la URL/sitio web (si está disponible) de la organización dirigida por poblaciones clave, ONG u otras entidades que brindan estos servicios.

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio a través del espacio provisto. También puede cargar una hoja de cálculo de Excel con estos datos en vez de ingresarlos en la herramienta en línea. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

La estimación del tamaño de la población utilizada como denominador debe ser adecuada según el numerador: no todos los que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos tienen antecedentes de inyectarse y no todas las personas que se inyectan drogas usan o son dependientes de los opiáceos.

Las encuestas de biocomportamiento pueden recopilar esta información, pero suelen estar sesgadas por el criterio de inclusión de ser una persona que se inyecta actualmente. Esto excluiría a las personas que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y que pueden dejar de inyectarse o negar que se inyectan actualmente para poder acceder al programa sobre tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Información adicional

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, ONUSIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017. (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf#:~:text=Implementing%20comprehensive%20HIV%20and%20HCV%20programmes%20with%20people%20who%20inject).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.11 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición

Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de reporte

Qué mide

Progreso hacia la ampliación de PrEP a nivel mundial

Justificación

Este indicador es clave para evaluar la disponibilidad y el uso de la profilaxis preexposición (PrEP), especialmente entre las personas con un riesgo considerable de infección por el VIH. Mediante el desglose de datos, este indicador también intentará monitorear la disponibilidad y el uso por población (en función de la edad, el género y la población clave). El uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas seronegativas antes de que estén expuestas al VIH puede prevenir la infección por el VIH. En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que la profilaxis preexposición oral con tenofovir (TDF) se ofreciera como una opción de prevención adicional para las personas con un riesgo considerable de infección por el VIH como parte de los enfoques combinados de prevención del VIH. En 2021, la OMS recomendó el anillo vaginal de dapivirina (DVR, por sus siglas en inglés) como una opción adicional de PrEP que debe ofrecerse a las mujeres cisgénero con un riesgo sustancial de contraer el VIH. En 2022, la OMS recomendó que el cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA) pudiera ofrecerse como una opción adicional de PrEP a las personas en riesgo sustancial de contraer el VIH.

En 2024, la OMS actualizó las orientaciones sobre los regímenes de dosificación de la PrEP oral, que se determinan mediante una combinación de factores basados en las características de la persona, sus circunstancias y la vía de exposición. Las orientaciones ya no utilizan el término «PrEP basada en eventos» (ED-PrEP), dada la variación posible dentro de la dosificación de la PrEP oral.

La implantación de la PrEP debe basarse en varios factores contextuales. Entre ellos se incluyen las tendencias epidemiológicas nacionales y subnacionales, la viabilidad programática y la demanda, y la consideración del entorno social para las personas que viven con el VIH y las personas de poblaciones clave y su acceso a los servicios. Los criterios de implementación de la PrEP pueden variar según el país.

Numerador

Número de personas que recibieron cualquier tipo de PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

El numerador se genera contando el número de personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo de reporte (el año calendario anterior), de acuerdo con las directrices nacionales o las normas de la OMS/ONUSIDA. Esto puede incluir PrEP oral, DVR o CAB-LA. El numerador debe contar a las personas sólo una vez, es decir, la primera vez que recibieron cualquier producto de PrEP durante el periodo de reporte. Deben incluirse las personas que recibieron PrEP oral a través de programas nacionales o pilotos, estudios de implementación, investigación o medios privados.

Para el desglose por producto de la PrEP (PrEP oral, DVR o CAB-LA), las personas pueden contarse para cada producto (si recibieron varios productos). Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por producto de PrEP y esquema de dosificación puede ser mayor que el total.

La edad se define como la edad de la persona cuando recibió la PrEP por primera vez durante el periodo de reporte.

Si una persona se identifica como perteneciente a más de una población clave, deben registrarse todas las poblaciones clave que sean relevantes. Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por poblaciones clave puede ser mayor que el total. Al igual que con todos los tipos de registros utilizados para desglosar los indicadores por poblaciones clave, se debe procurar evitar revelar la identidad de las personas que utilizan la PrEP en los registros de clientes y registros de los centros que ofrecen la PrEP.

Frecuencia de medición

Los datos deben recopilarse continuamente en el establecimiento y agregarse con regularidad, preferiblemente de manera mensual o trimestral. Se deben usar los datos mensuales o trimestrales más recientes para el informe anual.

Desglose

- Personas que recibieron PrEP por primera vez en sus vidas.
 - Género (hombre, mujer o transgénero).
 - Edad (<15, +15 15-19, 20-24, 25-49 y +50 años).
 - Producto PrEP (PrEP oral, DVR, CAB-LA).
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas, personas transgénero y personas en prisiones y otros entornos cerrados).
-

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador no capturará el número de personas-años en riesgo, ya que no tendrá en cuenta por cuánto tiempo se usa la PrEP. Tampoco medirá el costo, la calidad, la efectividad ni la adherencia al tratamiento, que varían dentro y entre países y es probable que cambien con el tiempo.

La disponibilidad y el uso de PrEP dependerán de factores como el costo, la infraestructura y la calidad de la prestación de servicios, el entorno legal y político, las percepciones de efectividad y los posibles efectos secundarios.

Los países con sistemas de vigilancia sólidos y que utilizan identificadores únicos probablemente podrán estimar con mayor precisión la cantidad de personas que reciben PrEP por primera vez durante el año calendario, en comparación con aquellos que tienen sistemas de datos globales. En países con sistemas de vigilancia más deficientes, puede resultar difícil evitar el recuento repetido de las personas que reciben PrEP, incluidas aquellas que pueden trasladarse a otra instalación para recibir medicamentos durante el período de notificación. En estos casos, se puede sobreestimar la cantidad de personas que reciben PrEP por primera vez durante el año calendario.

Información adicional

Herramienta de aplicación de la OMS para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) de la infección por el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>).

¿Qué es el 2+1+1? Es una opción de profilaxis oral previa a la exposición motivada por los eventos para prevenir el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: actualización de la recomendación de la OMS sobre la PrEP oral. Resumen técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos periódicos para el impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Profilaxis previa a la exposición diferenciada y simplificada para la prevención del VIH: actualización de las directrices de aplicación de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>).

Directrices sobre el cabotegravir inyectable de acción prolongada para la prevención del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>).

Indicadores sobre circuncisión masculina

Los indicadores 1.12 y 1.13 se requieren de 15 países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemia heterosexual generalizada: Botswana, Etiopía, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

1.12 Prevalencia de la circuncisión masculina

Porcentaje de hombres de entre 15 y 49 años de edad que están circuncidados

Qué mide

Avances a la hora de conseguir una mayor cobertura de la circuncisión masculina

Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Otros beneficios de la circuncisión médica masculina son la reducción del riesgo de algunas otras ITS, como el virus del papiloma humano, causante del cáncer de cuello de útero. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ONUSIDA hacen hincapié en que la circuncisión médica masculina voluntaria debe seguir ofreciéndose como una opción adicional de prevención eficaz del VIH dentro de la prevención combinada para los adolescentes de 15 años o más y los hombres adultos en entornos con epidemias generalizadas para reducir el riesgo de infección por el VIH adquirida por vía heterosexual. Los servicios de circuncisión médica masculina voluntaria deben ofrecerse como parte de un paquete de intervenciones de prevención que incluya la educación sobre el sexo seguro, la educación y el suministro de preservativos, las pruebas del VIH y la vinculación con la atención y el tratamiento, y la gestión de las infecciones de transmisión sexual.

Numerador

Número de encuestados de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que declaran estar circuncidados

Denominador

Número total de hombres encuestados de edad comprendida entre los 15 y los 49 años

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados u otras encuestas representativas)

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15-19 años, 20-24 años, 25-29 años y 25-49 años)
 - Fuente o persona que lleva a cabo el procedimiento de circuncisión: sistema sanitario formalizado o tradicional
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Un programa puede llegar a cambiar el índice de hombres circuncidados, o puede no llegar a hacerlo. Por ejemplo, normas sociales cambiantes no causadas por un determinado programa pueden llevar a que se alteren los índices de circuncisión masculina. Este indicador cuantifica los cambios totales en la población, independientemente de sus razones.

Las encuestas poblacionales actuales (como son Encuestas Demográficas y de Salud) pueden no cuantificar de forma precisa la situación real en cuanto a circuncisión masculina, porque esas personas pueden carecer de información sobre qué es la circuncisión o pueden sufrir confusiones en cuanto a su situación a estos efectos o sobre la aceptabilidad social de esta práctica. Otros enfoques pueden ser útiles para conocer el estado de los sujetos a efectos de circuncisión: por ejemplo, utilizar fotografías o dibujos (los dibujos pueden resultar culturalmente más apropiados), avisos o incluso examen directo. Establecer modelos sobre la forma en que índices cambiantes de circuncisión masculina pueden afectar potencialmente a la incidencia del VIH requiere un conocimiento preciso de la situación en cuanto a circuncisión masculina de la población.

Información adicional

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

1.13 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

Número de circuncisiones masculinas practicadas de acuerdo con los estándares nacionales durante los anteriores 12 meses

Qué mide

Avances en la ampliación de servicios médicos de circuncisión masculina

Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente, junto con varios estudios posteriores a los ensayos, han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Otros beneficios de la circuncisión médica masculina son la reducción del riesgo de algunas otras ITS, como el virus del papiloma humano, causante del cáncer de cuello de útero. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ONUSIDA hacen hincapié en que la circuncisión médica masculina voluntaria debería formar parte de un paquete de intervenciones de prevención que incluya la educación sobre el sexo seguro, la educación y el suministro de preservativos, las pruebas del VIH y la vinculación con la atención y el tratamiento, así como la gestión de las infecciones de transmisión sexual.

Numerador

Número de hombres circuncidados durante los anteriores 12 meses de acuerdo con los estándares nacionales

Denominador

No corresponde

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Registros y formularios de información de centros sanitarios, datos de programas, sistemas de información sanitaria. Es importante garantizar que la circuncisión médica masculina voluntaria se realice con un enfoque ético y de derechos humanos. El procedimiento debe ser voluntario e incluir procedimientos de consentimiento informado y asentimiento.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–49 y más de 50 años).

La OMS recomienda que circuncisión médica masculina voluntaria siga ofreciéndose como una opción adicional de prevención eficaz del VIH dentro de la prevención combinada para los adolescentes de 15 años o más y los hombres adultos en entornos con epidemias generalizadas. Las decisiones sobre la oferta de la circuncisión médica masculina voluntaria a los adolescentes menores de 10 a 14 años deben tener en cuenta varios factores basados en las nuevas pruebas, los derechos humanos y el contexto nacional y local.

Información adicional solicitada

Opcional para estimar la cobertura: Número estimado de hombres VIH-negativos no circuncidados.

Puntos fuertes y débiles

El número total de hombres y niños circuncidados indica o bien un cambio en el alcance de los servicios o un cambio en la demanda. La comparación de resultados en relación con valores previos muestra dónde se han instituido nuevos servicios de circuncisión masculina o en qué lugares los volúmenes de circuncisiones practicadas han cambiado.

A medida que los países aumentan voluntariamente la circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV), se reducirá el número de adolescentes, niños y hombres circuncidados elegibles para el procedimiento y resultará más complejo interpretar el número de procedimientos realizados. Puede resultar útil estimar la cobertura de circuncisiones realizadas con relación a la necesidad, entendiéndose en este caso la necesidad como el número de adolescentes, niños y hombres circuncidados VIH-negativos que serían elegibles para el procedimiento. Estas estimaciones pueden derivarse de modelos como los empleados con fines de monitoreo del progreso de los objetivos de Acción Acelerada en materia de VIH y el VMMC Decision Makers' Program Planning Toolkit (DMPPT) 2.

Se recomienda un desglose adicional a nivel de país:

- Resultado VIH-positivo según pruebas in situ; resultado VIH-negativo según pruebas in situ; resultado indeterminado sobre el VIH en pruebas in situ, o desconocido/rechazó la prueba sobre el VIH.
- Los grupos identificados en mayor riesgo de infección por VIH (por ejemplo: hombres que buscan servicios para la gestión de las ITS, clientes masculinos de trabajadores sexuales o grupos ocupacionales).
- Tipo y ubicación de la instalación sanitaria.
- Tipo de proveedor.
- Procedimiento quirúrgico o basado en dispositivos.

Desagregar el número de circuncisiones masculinas según estado serológico y edad permitirá determinar el impacto de los programas de circuncisión masculina en la incidencia del VIH utilizando modelos. Si un país ha dado prioridad a grupos de edad específicos, ese desglose ayudará a determinar si las estrategias de comunicación específicas para determinados grupos de edad han creado la demanda que se buscaba. Si existen datos disponibles según el tipo y localización de la instalación sanitaria que haya practicado la circuncisión, pueden evaluarse las necesidades de asignación de recursos. Desagregar esos datos según los cuadros propios de los proveedores sanitarios servirá para poder determinar si la asignación de funciones resulta satisfactoria y determinará también la asignación de recursos.

Algunos programas trabajarán estrechamente con servicios de pruebas voluntarias del VIH para ofrecer pruebas sobre el VIH. Un determinado hombre que desee ser sometido a circuncisión puede haberse sometido recientemente a pruebas sobre el VIH, por lo que una prueba in situ sobre el VIH puede ser innecesaria. En esos casos, el centro sanitario de que se trate puede solicitar un resultado verificado por escrito del estado serológico del sujeto de que se trate. No existe un periodo específico en que se deba haber realizado la prueba antes de la práctica de la circuncisión, pero se recomienda un periodo aproximado de tres meses. El propósito de las pruebas no es identificar a todos y cada uno de los hombres que puedan ser VIH-positivos sino ofrecer pruebas sobre el VIH a hombres que busquen atención sanitaria e identificar a hombres que viven con el VIH que, si optan por someterse a la circuncisión, es probable que se encuentren en especial riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas (hombres con infecciones crónicas y con bajo recuento de células CD4).

Información adicional

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

1.14 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

El porcentaje de encuestados que reportan haber utilizado un preservativo en la última ocasión en que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja no conyugal, con la que no conviven, entre las personas que hayan mantenido relaciones sexuales con este tipo de pareja en los anteriores 12 meses

Qué mide

Avances en la prevención de la exposición al VIH a través de relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen parejas no conyugales con las que no conviven.

Justificación

El uso del preservativo es un medio importante para protegerse del VIH, especialmente entre personas que tienen parejas sexuales no regulares.

Numerador

El número de encuestados que reportan haber utilizado un preservativo en la última ocasión en que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no conviven.

Denominador

Número total de encuestados que reportan haber mantenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no conviven, en los anteriores doce meses.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuesta de Indicadores Múltiples por

Conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen historiales sexuales de los encuestados. El análisis del historial sexual se utiliza para determinar si la persona encuestada ha tenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal con la que no convive, en los anteriores 12 meses, y, si es así, si se utilizó el preservativo en la última relación sexual que se mantuvo con esa pareja.

Frecuencia de medición

3-5 años

Desglose

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

Puntos fuertes y débiles

Los incrementos en este indicador son un indicativo extremadamente sólido de que las campañas de promoción del uso del preservativo están teniendo el efecto deseado entre su principal mercado objetivo.

Dado que las campañas de promoción del preservativo apuntan al uso sistemático de este elemento profiláctico con parejas no regulares y no ya simplemente al uso ocasional, en algunas encuestas se ha intentado preguntar directamente sobre el uso sistemático, muchas veces utilizando preguntas de tipo "siempre / en algunas ocasiones / nunca". Aunque ello puede resultar útil en encuestas sobre subgrupos poblacionales, queda sometido al sesgo de recuerdo y a otros sesgos, y no ofrece un nivel de solidez suficiente para su uso en encuestas sobre la población general. Preguntar sobre el acto sexual más reciente con una pareja con la que no se convive minimiza el sesgo de recuerdo y ofrece una buena imagen transversal de los niveles de uso del preservativo. Está reconocido que el uso sistemático del preservativo es un objetivo importante. No obstante, inevitablemente, si el uso sistemático del preservativo aumenta, también aumentarán los valores de este indicador.

Información adicional

Demographic and Health Survey or AIDS Indicator Survey methods and survey instruments (<http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>); http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm

1.15 Número de preservativos distribuidos anualmente

Número de preservativos distribuidos en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en dos subindicadores:

- A. Número de preservativos masculinos distribuidos en los últimos 12 meses.
- B. Número de preservativos femeninos distribuidos en los últimos 12 meses.

Qué mide

El progreso en el aumento de la distribución de preservativos masculinos y femeninos.

Justificación

Se ha demostrado que los preservativos son uno de los métodos más eficaces en la prevención de la transmisión sexual del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados, una eficacia que aumenta siempre que se utilicen de forma correcta y continua. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA resaltan que la distribución y el fomento del preservativo constituyen una intervención eficaz y un componente esencial en la prevención del VIH combinada.

Numerador

- A. Número de preservativos masculinos distribuidos en los últimos 12 meses.
- B. Número de preservativos femeninos distribuidos en los últimos 12 meses.

Denominador

- A. No corresponde.
- B. No corresponde.

Cálculo

- A. No corresponde.
- B. No corresponde.

Método de medición

Recuento de preservativos masculinos y femeninos que han salido de los almacenes centrales o regionales para su subsiguiente distribución en el anterior año natural. Estos datos deben incluir los preservativos distribuidos de forma gratuita (proveedores del sector público), los preservativos comercializados de forma subvencionada a través de la venta social (proveedores de organizaciones no gubernamentales) y los preservativos comercializados a través del sector comercial (proveedores del sector privado). En caso de solapamiento, se debe evitar la doble contabilización de los preservativos. Si se distribuyen preservativos procedentes de almacenes del sector público a organizaciones no gubernamentales o a trabajadores comunitarios para su distribución, estos preservativos se deben contabilizar dentro de sector público.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Proveedor (público, privado y organizaciones no gubernamentales).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

El recuento del número de preservativos que han salido de los almacenes centrales o regionales puede ofrecer información útil sobre el suministro de preservativos. Como el uso del preservativo solamente se monitorea a través de encuestas realizadas cada tres o cinco años, es importante monitorear la distribución para dar seguimiento al uso del preservativo en tiempo real. El análisis de estos datos, junto con las necesidades estimadas de preservativos, proporciona información sobre brechas en el suministro. Además, los países pueden utilizar este indicador para comparar la distribución subnacional por cada hombre de 15 a 64 años a fin de comprender las desigualdades de suministro y uso. El indicador requiere que los países agreguen y analicen datos de diferentes canales de distribución, incluidos los sectores público y privado y la comercialización social, por lo que este indicador es esencial para desarrollar un enfoque integral del mercado y explorar la complementariedad entre diferentes segmentos del mercado.

La distribución desde los almacenes centrales o regionales no contabiliza los preservativos que llegan a las instalaciones, se distribuyen antes de la fecha de vencimiento y se utilizan. A fin de obtener información más precisa sobre el uso del preservativo, lo ideal es que los países monitoreen el consumo de preservativos, qué cantidad de preservativos salen de puntos de distribución como instalaciones sanitarias, tiendas o equipos de alcance de las comunidades. Por lo general, esto se realiza mediante el recuento de las existencias en todos los puntos de distribución en el momento de sustituir la demanda. No obstante, como para la mayoría de países no hay datos de consumo disponibles en formato agregado, se recomienda tomar la distribución desde los almacenes centrales y regionales como indicador indirecto.

Información adicional

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy. 2015 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/Condom-position-statement-WHO-UNFPA-UNAIDS-final-logo-clearance-26-June-2015-1.pdf>).

Condoms: the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/JC2825-7-1.pdf>).

1.16 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

Porcentaje de hombres y mujeres de entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente ambas formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales concepciones falsas que existen sobre su transmisión

Qué mide

Avances para conseguir un conocimiento universal de los hechos 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 sucesivas generaciones de personas jóvenes. Se necesitan buenos conocimientos sobre el VIH y el sida (aunque con frecuencia estos no bastan) para adoptar conductas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH.

Numerador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad que hayan respondido correctamente a las cinco preguntas (todas ellas)

Denominador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados u otras encuestas representativas)

Este indicador se construye sobre las respuestas al siguiente conjunto de preguntas que se plantean:

1. ¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada que no tiene otras parejas?
 2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse con el VIH utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
 4. ¿Puede una persona infectarse con el VIH a través de picaduras de mosquitos?
 5. ¿Puede infectarse una persona con el VIH compartiendo comida con alguien que vive con la infección?
-

Frecuencia de medición

Cada 3 o 5 años

Desglose

- Edad (15-19 años y 20-24 años)
 - Sexo (hombre, mujer)
-

Explicación del numerador

Las primeras tres preguntas no deberán ser modificadas. Las preguntas 4 y 5 plantean ideas falsas arraigadas localmente y pueden sustituirse por las ideas falsas más arraigadas que haya en su país. Dos ejemplos: "¿Puede una persona infectarse con el VIH dando un abrazo o estrechando la mano de una persona que esté infectada?" y "¿Puede una persona infectarse con el VIH a través de medios sobrenaturales?"

Las personas que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán ser excluidas del numerador pero incluirse en el denominador. Una respuesta de "no lo sé" deberá registrarse como una respuesta incorrecta.

Se requieren puntuaciones para cada una de las preguntas individuales (con base en el mismo denominador), así como la puntuación consolidada para el indicador compuesto.

Puntos fuertes y débiles

Crear que una persona que tenga un aspecto saludable no puede tener el VIH es una idea falsa muy común que puede resultar en que se mantengan relaciones sexuales sin protección con parejas infectadas por el VIH. Rechazar ideas falsas arraigadas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como lo es el conocimiento de las verdaderas formas de transmisión del virus. Por ejemplo, creer que el VIH se transmite a través de picaduras de mosquitos puede debilitar la motivación para adoptar conductas sexuales seguras, y la creencia de que el VIH se puede transmitir compartiendo alimentos refuerza el estigma que sufren las personas que viven con el VIH.

Este indicador es especialmente útil en países en que el conocimiento del VIH y el sida es escaso, ya que permite una fácil medición de las mejoras incrementales que se consiguen a lo largo del tiempo. Sin embargo, también es importante en otros países, ya que puede utilizarse para garantizar que se mantienen niveles ya existentes de conocimiento sobre el VIH.

Información adicional

Demographic and Health Survey and AIDS Indicator Survey methods and survey instruments (<http://dhsprogram.com>).

2.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico a la conclusión del periodo de reporte

Qué mide

Avances a la hora de incrementar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico, y la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH

Justificación

Las personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico tendrán oportunidad de acceder a los servicios de atención y tratamiento para el virus necesarios para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de transmitir el VIH a otras personas. La forma más eficaz de garantizar que las personas que viven con el VIH tengan conocimiento de su estado serológico es ofrecer servicios de pruebas para el VIH en los lugares y entre los grupos de población que soportan una mayor carga de incidencia del VIH.

Esta medición es el primer 95 del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico para el año 2025.

Numerador

Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

Denominador

Número de personas que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2019, los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de rango de edad y sexo amplios y detallados dentro de su archivo nacional de estimación del Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente desde el archivo nacional final de Spectrum, junto con todos los demás indicadores basados en Spectrum. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida. Si un país tiene estimaciones subnacionales desarrolladas utilizando Naomi, estos datos se obtendrán directamente del archivo final de Naomi.

Método de medición

Existen dos métodos recomendados para estimar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico. El método empleado depende de la disponibilidad de datos que haya en el país.

1. Estimaciones directas del sistema de vigilancia de casos de VIH

Para el numerador. En países que cuentan con sistemas de vigilancia de casos de VIH que funcionan bien, el número de personas que viven con el VIH que conocen su estatus serológico es el mismo que el de personas diagnosticadas con el VIH y notificadas al sistema de vigilancia que aún siguen vivas.

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan otros modelos diferentes de Spectrum, deberá facilitarse documentación sobre el método de estimación y límites de incertidumbre.

Sobre métodos de vigilancia de casos. Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2015, y se elimina del numerador a las personas que han fallecido o emigrado o cuyo seguimiento se haya perdido. Solamente se deben contabilizar los casos de diagnóstico de VIH confirmados, aunque los países deben asegurarse del ajuste de las demoras en procesos de notificación incluyendo una estimación del número de personas diagnosticadas pero que aún no han sido reportadas en el último año natural (si fuera necesario). Se deben introducir mecanismos para deduplicar a personas de las que se haya diagnosticado e informado en múltiples ocasiones o desde múltiples centros.

2. Estimaciones modeladas

Para el numerador: El enfoque al modelar la estimación del número de personas que conocen su estado serológico entre aquellos que viven con el VIH dependerá de la disponibilidad de datos en el país.

En los países con sólidos sistemas de vigilancia de casos y de registro vital, el número de personas que conocen su estado serológico pueden derivarse utilizando la herramienta de ajuste mediante vigilancia de casos y registro civil (CSAVR) en Spectrum. Hay un método de estimación similar en la Herramienta de modelaje del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>). Las estimaciones de otros enfoques específicos del país al modelaje de este recuento que se basan en la vigilancia de casos y los datos clínicos también pueden ser reportados siempre que hayan sido revisados por expertos y publicados.

En el caso de los países con datos de encuestas de población en los hogares que captan directamente el número de encuestados seropositivos que declaran conocer su estado serológico o el número de personas seropositivas que declaran haberse sometido alguna vez a la prueba, el ONUSIDA recomienda (a partir de 2018) que el conocimiento del estado serológico se modele utilizando el modelo Shiny90. Si desea más información sobre la herramienta, incluyendo los datos necesarios, visite <https://shiny90.unaids.org/>.

Las estimaciones del conocimiento del estado seropositivo que se basan únicamente en el conocimiento autodeclarado del estado o en los datos históricos de las encuestas de población de los hogares sobre el historial de pruebas no deben comunicarse.

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum.

Al estimar el número de niños que conocen su estado en países con estimaciones modeladas basadas en datos de encuestas en hogares. Dado que las encuestas en hogares con frecuencia están restringidas a encuestados que se hallan en edad reproductiva, puede ser necesario construir una estimación independiente del conocimiento del estado serológico entre niños (0-14 años) utilizando datos de programas para conseguir una estimación general (p. ej.: todas las edades). En este caso, ONUSIDA recomienda que los países utilicen el número de niños en tratamiento, tal y como se indica en el Indicador 2.2, como medición indirecta. Este enfoque constituye la medida más conservadora del conocimiento del estado entre la población.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más según el sexo (hombres y mujeres) para adultos.
 - Según esté disponible: Desglose por edad y sexo detallados: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos; por género (hombres, mujeres y otro género) para adultos.
-

Información adicional solicitada

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o lugar en el espacio proporcionado.

Puntos fuertes y débiles**Método de información basado en casos**

La vigilancia basada en casos ofrece mediciones razonables del conocimiento sobre el estado serológico en los siguientes casos:

- El sistema ha estado en marcha durante el tiempo suficiente como para que se haya informado de todas las personas que hayan sido diagnosticadas con el VIH y que siguen aún con vida.
- Existen mecanismos oportunos y completos para informar de casos de nuevos diagnósticos al sistema desde todos los centros que ofrecen pruebas de diagnóstico del VIH.
- Existen mecanismos para deduplicar los diagnósticos repetidos entre las personas declaradas varias veces y/o de varios centros.
- Existe un seguimiento continuo o periódico suficiente de las personas para identificar que siguen vivos, en lugar de haber fallecido o haberse trasladado fuera del país.

Los países que confían en sistemas débiles pueden subestimar o sobrestimar el conocimiento del estado serológico en los siguientes casos:

- No se corrigen las duplicaciones de informes de casos (lo que causa la sobrestimación).
- No se han descontado casos de muerte o de emigración exterior entre las personas diagnosticadas con el VIH de las que se haya informado al sistema (sobrestimación).
- La notificación de casos no es rutinaria por parte de todos los centros que ofrecen pruebas para el VIH que tienen capacidad confirmatoria (subestimación).

Estimaciones modeladas

La exactitud de las estimaciones modeladas del conocimiento del estado seropositivo dependerá de la calidad de los datos introducidos en cada país y de la exactitud de los supuestos en los que se basa cada modelo. Los países deben revisar la calidad de los datos ingresados junto a ONUSIDA y el enfoque de modelaje seleccionado a fin de determinar el alcance de las sobrestimaciones o subestimaciones modeladas del conocimiento del estado serológico en las personas que viven con el VIH en el país.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Spectrum. En: Avenir Health [Internet]. Glastonbury (CT): Avenir health; 2024 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

The DHS Program: Demographic and Health Surveys [página web]. Rockville (MD): ICF; c2024 (<http://dhsprogram.com>).

2.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

Porcentaje y número de personas adultas y niños/as que reciben terapia antirretroviral entre los que viven con el VIH al final del periodo de reporte

Qué mide

Avances en la provisión de terapias antirretrovirales para todas las personas que viven con el VIH

Justificación

La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Los estudios también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas que viven con el VIH.

El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 2.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo 95 del objetivo 95–95–95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2025.

Numerador

Número de personas que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación

Denominador

Número estimado de personas que viven con el VIH (para determinar la cobertura de tratamiento)

O

Número de personas entre todas las personas que viven con el VIH que conocen su estado seropositivo (para determinar el segundo 95)

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Desde 2018, los países cuya población sea superior a 250.000 habitantes deberán informar sobre este indicador por grupos de rango de edad amplios y detallados en Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente del archivo nacional final. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida. Si un país tiene estimaciones subnacionales desarrolladas utilizando Naomi, estos datos se obtendrán directamente del archivo final de Naomi.

Método de medición

Para el numerador. El numerador se genera contabilizando el número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación. El numerador debe incluir a las personas que reciben terapia antirretroviral en el sector privado (si hay datos disponibles). El recuento deberá incluir a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral para toda la vida.

Deben introducirse protocolos para no duplicar el recuento de personas entre las instalaciones o con el tiempo y para garantizar que todos los datos de las instalaciones se notifiquen a su debido tiempo. Este recuento no deberá incluir a las personas que hayan suspendido el tratamiento, que hayan muerto o que hayan emigrado a otro país, o de las que de otro modo se haya perdido su seguimiento en el centro durante ese periodo. Se considera que se ha perdido el seguimiento de una persona si no ha vuelto al centro tras 28 días desde la cita clínica concertada (ya fuera para consulta o para recogida de medicamentos). Algunas personas adquieren varios meses de medicación antiretroviral en una sola visita. Si la duración de la medicina adquirida cubre el último mes del periodo de reporte, estas personas deberían ser contabilizadas como receptoras de terapia antirretroviral (en vez de haber detenido el tratamiento o de haberse perdido su seguimiento).

Importante: Los países deberán realizar revisiones de calidad de los datos de forma periódica para determinar la precisión de los datos del recuento. Este procedimiento debe incluir la triangulación de datos de programas con los sistemas nacionales de abastecimiento y vigilancia de medicamentos y otros datos de distribución de medicamentos. Las estimaciones sobre cobertura de terapia antirretroviral resultantes de encuestas también pueden utilizarse para perfilar o validar el numerador de acuerdo con los datos del programa, aunque los resultados de la encuesta deban basarse en las pruebas de medicamentos y no en los datos aportados por los propios sujetos, ya que se ha demostrado que ese tipo de datos son de calidad limitada.

Los países que han realizado evaluaciones de la calidad de los datos o revisiones deben ajustar los datos actuales y anteriores notificados para dar cuenta de estas inconsistencias. ONUSIDA trabajará con los países para acordar un conjunto de mejores prácticas a fin de ajustar los datos del programa notificados de forma específica para el país.

Para el denominador. Los modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para estimar el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Para el número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, consulte el Indicador 2.1 si desea más información sobre el denominador.

Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente. Deberán utilizarse para el informe anual los datos mensuales o trimestrales más recientes con el recuento del número de personas que recibe actualmente tratamiento.

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Los datos notificados para edad o sexo desconocidos se deben asignar a las celdas de datos desglosados por edad y sexo utilizando la misma distribución de los datos con la edad y el sexo conocidos.
- Desglose por grupos de edad detallados para niños: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños; y por grupos de edad y sexo detallados para adultos: 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años.
- Número de personas que inician la terapia antirretroviral por primera vez durante el año de notificación. Este desglose debe contabilizar únicamente a las personas que nunca antes habían recibido tratamiento (no han recibido terapia antirretroviral). Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.
- Número de personas que reinician la terapia antirretroviral durante el año de reporte después de haber suspendido el tratamiento o de haberse clasificado su seguimiento como perdido. Estos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapia antirretroviral.

Información adicional solicitada

Para los países con una población inferior a 250.000 habitantes que reportan a través del Monitoreo Global del Sida, se solicita proporcionar información sobre la fuente de los datos de tratamiento. Las opciones incluyen lo siguiente:

- Datos de programa, documentados principalmente de forma agregada: seleccione esta opción si los datos se ofrecen al Ministerio de Salud, desglosados solo por edad y sexo. Los datos se pueden enviar tal y como se reciben de los informes nacionales o del programa, siendo la fuente original los registros de los pacientes, registros de farmacias u otros formularios de reporte agregados de rutina.
- Datos del programa, informados principalmente usando identificadores: seleccione esta opción si los datos que se ofrecen al Ministerio de Salud pueden deduplicarse con el paso del tiempo y a lo largo de las instalaciones, utilizando información a nivel de identificación personal o sanitaria única.
- Estimaciones nacionales basadas en los resultados de encuestas a la población: seleccione esta opción si ha utilizado estimaciones de una encuesta nacional para elaborar una estimación del número de personas que reciben tratamiento.
- Estimaciones nacionales basadas en resultados de encuestas a la población: seleccione esta opción si ha obtenido estimaciones basándose en cohortes de datos.
- Otro: seleccione esta opción solamente tras haber consultado al ONUSIDA.

Se solicitan datos más detallados por edad para: (a) niños; y (b) datos desglosados por sexo para adultos. Se solicita el subconjunto de personas que recientemente iniciaron terapia antirretroviral y reiniciaron el tratamiento durante el último año sobre el que se informa.

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o centro en el espacio previsto a tal efecto.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador supervisa tendencias en la cobertura de terapia antirretroviral de una forma comparable entre países y también a lo largo del tiempo. No cuantifica, sin embargo, coste, calidad, eficacia o nivel de observancia de los tratamientos, que varían dentro de cada país y entre países diferentes y que es probable que cambien a lo largo del tiempo.

El nivel de precisión sobre el número de personas que reciben terapias antirretrovirales dependerá de la calidad del sistema subyacente de información. El número de personas que reciben terapia antirretroviral puede subestimarse por falta de información o por demoras en la rendición de información sobre datos de centros sanitarios a nivel nacional. El número de personas que reciben terapia antirretroviral puede también sobrestimarse si no se retiran de los registros a personas que hayan suspendido su tratamiento, que hayan muerto, que hayan cambiado de centro sanitario o cuyo seguimiento se haya perdido. Otros tipos de errores, como puede ser abstraer datos de forma incorrecta de registros basados en centros sanitarios o errores en la cumplimentación de formularios de información, pueden derivar en informes en que se infravaloren o se sobrevaloren variables en diversos grados de magnitud.

Información adicional

Diretrizes consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública: Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

2.3 Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral

El número y porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa

Qué mide

La carga viral a nivel individual es la medición recomendada sobre la eficacia de la terapia antirretroviral e indica el nivel de adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga viral de <1000 copias/ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las Directrices consolidadas de 2016 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Deberá considerarse que las personas con resultados en las pruebas de carga viral que estén por debajo de ese umbral tienen la carga viral suprimida.

Justificación

La supresión viral entre las personas que viven con el VIH proporciona un punto de referencia para el seguimiento de los objetivos globales a lo largo del tiempo y un indicador estandarizado del éxito del tratamiento y la prevención del VIH, fundamental para acabar con la epidemia de SIDA. Cuando se considera como una proporción del número de personas en tratamiento (el numerador del Indicador 2.2), este indicador monitoriza el tercer 95 de los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan carga viral suprimida para 2025.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que tienen una carga viral suprimida (<1000 copias/ml)

Denominador

Número estimado de personas que viven con el VIH (para estimar la cobertura de supresión de la carga viral);

○

Número estimado de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento (para determinar el progreso hacia el tercer 95).

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Los países con una población de más de 250 000 habitantes informarán sobre este indicador por grupos de edad amplios, en el archivo de estimaciones del VIH de Spectrum. Los resultados de estos indicadores se extraerán directamente del archivo nacional final. El reporte de datos subnacionales para el indicador se hará en la herramienta de reporte Monitoreo Global del Sida.

Método de medición

La supresión viral se define como <1000 copias/ml. Algunos países utilizan otros umbrales (como indetectable, <50 copias/ml o <400 copias/ml), y requieren un ajuste para la comparabilidad con otros países y para el seguimiento del objetivo global de 95-95-95. ONUSIDA recomienda que los países ajusten la detección a un umbral más bajo. Esto se realiza de acuerdo con la fórmula:

$$y \left(\frac{6 - \log(1000)}{6 - \log(t_1)} \right)^\phi$$

En este caso, y es el nivel de supresión viral estándar (1000 copias/ml), t_1 es el umbral alternativo del país que se utilizó, y ϕ es el factor de ajuste específico de la región. Este ajuste se realizará automáticamente en Spectrum, si es necesario.

La supresión de la carga vírica puede notificarse a partir de tres fuentes de datos: (1) datos clínicos y del programa; (2) encuestas representativas a nivel nacional (como las encuestas basadas en la población sobre la evaluación del impacto del VIH [PHIA] y encuestas sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH), o (3) indicadores de alerta temprana de las encuestas de resistencia a los medicamentos contra el VIH. Los países deben reportar los datos de cualquier fuente que sea más reciente y representativa a nivel nacional.

1. Pruebas rutinarias de supresión de carga viral de personas en tratamiento antirretroviral recogidas a través de registros clínicos o de laboratorio o vigilancia de casos.

Para el numerador. Los países deben informar acerca del número estimado de personas a nivel nacional que han suprimido la carga vírica durante el periodo de notificación si la cobertura de las pruebas de carga vírica (es decir, el número de personas sometidas a pruebas rutinarias durante el periodo de notificación, según las directrices de la OMS, entre todas las personas en tratamiento) es del 50% o superior.

Por el contrario, los países que informan de una cobertura de las pruebas de carga vírica inferior al 50% deberían informar únicamente del número de pruebas rutinarias de carga vírica, pero no del número en el que la carga vírica está por debajo del umbral, porque entonces no es una estimación buena y representativa de la población general en tratamiento. Los países que todavía deseen utilizar los datos de los resultados de la carga vírica a pesar de que la cobertura de las pruebas de carga vírica sea inferior al 50% deben discutirlo con ONUSIDA, para determinar si el porcentaje de personas suprimidas en la población sometida a pruebas puede considerarse representativo de la población que recibe la terapia antirretrovírica y no tiene acceso a las pruebas.

Los países solo deben incluir los datos obtenidos en las pruebas rutinarias entre los que están en tratamiento, y no las pruebas dirigidas a un subgrupo selecto de pacientes en tratamiento. Por ejemplo, no deben incluirse los resultados de una persona si las pruebas se realizaron antes del inicio del tratamiento o por la razón de un presunto fracaso del mismo. Si se realizan pruebas de carga viral repetidamente para una persona durante el año, solo se debe usar el último resultado de la prueba de rutina.

En los países con una cobertura de las pruebas de carga viral del 50% o superior, se debe reportar el número estimado de personas que tienen la carga viral suprimida. Esto se calcula a partir del número de personas examinadas que tienen la carga viral suprimida, multiplicado por el número total de personas en tratamiento. Esto supone que los niveles de supresión en la población no sometida a las pruebas son los mismos que en la población que se ha sometido a la prueba. Esta suposición está respaldada por evidencia de Sudáfrica, que muestra que, aunque con frecuencia faltaba información sobre la carga viral, las estimaciones de supresión viral no cambiaron sustancialmente después de ajustar los datos faltantes.

Por ejemplo: Un país con una estimación de 100 000 personas que viven con el VIH tiene pruebas de carga viral de rutina para 12 000 de las 24 000 personas que reciben terapia antirretroviral. La cobertura de las pruebas de carga viral es del 50 % y el país considera que el nivel de supresión de carga viral en la población que no se ha sometido a las pruebas es similar al de la población analizada que recibe tratamiento. De las 12 000 personas analizadas, 10 000 personas tienen la carga viral suprimida. El número nacional estimado de personas que viven con el VIH con carga viral suprimida es de 20 000 [(10 000/12 000) x 24 000].

Cuando es probable que la supresión de la carga viral en la población no sometida a pruebas en tratamiento no sea igual a la de la población sometida a pruebas, póngase en contacto con ONUSIDA para obtener más información sobre los enfoques para estimar este recuento.

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones nacionales distintas de las generadas con Spectrum.

Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer 95, consulte el Indicador 2.2.

2. Encuestas recientes de población representativas a nivel nacional (incluidas las encuestas en el hogar, sobre la resistencia adquirida a los medicamentos contra el VIH o encuestas de indicadores de alerta temprana [EWI], por sus siglas en inglés) sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH)

Para el numerador. La proporción con carga viral suprimida que se reporta entre las personas que dieron positivo en la encuesta debe multiplicarse por la cantidad total de personas que se estima viven con el VIH a nivel nacional para obtener el número total de personas que tienen una carga viral suprimida. Este valor puede exagerar un poco la cantidad de personas con una carga viral suprimida entre las que reciben tratamiento, ya que se incluirán algunas personas que suprimen el virus de forma natural y no reciben tratamiento. Si se utilizan datos de una encuesta de resistencia adquirida a los medicamentos contra el VIH, se pueden usar los datos de cohortes de 12 o 48 meses. Los datos de los indicadores de alerta temprana solo deben utilizarse para generar estadísticas agregadas nacionales si:

a) todas las clínicas de un país, o una muestra aleatoria, informaron de los datos de los indicadores de alerta temprana que incluyen al menos el 70% de todas las personas en tratamiento antirretroviral de las clínicas de la muestra.

o

b) si se utilizó un muestreo de conveniencia de las clínicas, se puede informar de una estadística nacional agregada si los datos de las clínicas muestreadas incluyen al menos el 70% de la población elegible que recibe tratamiento antirretroviral en el país (véase la página 8 del anexo de los Indicadores de Alerta Temprana (EWI) – orientación sobre el muestreo – ver Referencias más abajo).

Nota: Los países que usan datos de la encuesta aún deben informar sobre el número de personas en tratamiento con pruebas de carga viral de **rutina** durante el período del informe. Los datos de la encuesta solo deben utilizarse si se realiza tanto en niños como en adultos.

Para el denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. ONUSIDA colaborará con los países para desarrollar un modelo Spectrum que se adapte a las estimaciones de personas que viven con el VIH si se utilizan estimaciones distintas de las generadas con Spectrum. Si desea más información sobre la estimación del número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento para calcular el tercer objetivo 95, consulte el Indicador 2.2

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos; los datos reportados para edad o sexo desconocidos se deben asignar a las celdas de datos desglosados por edad y sexo utilizando la misma distribución de los datos con la edad y el sexo conocidos. Estos ajustes deben anotarse en el cuadro de información adicional.
- Según esté disponible. Desglose detallado por edad y sexo: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos; por género (hombres, mujeres y otro género) para adultos.

Información adicional solicitada

Si se dispone de datos subnacionales, incluya el desglose por zona administrativa, ciudad o centro en el espacio previsto a tal efecto.

Puntos fuertes y débiles

Cuando se recopilan datos sobre pruebas sobre supresión de carga viral en relación con todas las personas que reciben terapia antirretroviral o de muestras nacionalmente representativas, esta medición ofrece importante información sobre observancia del tratamiento, eficacia de los tratamientos y riesgo de transmisión del VIH a niveles individuales y programáticos. A pesar de la importancia del indicador, pueden surgir varios desafíos al monitorizarlo con precisión utilizando los datos del programa actualmente disponibles. En primer lugar, debido a que la capacidad de monitorización de la carga viral se está ampliando, pero sigue siendo limitada en entornos de bajos ingresos, las estimaciones de la supresión de la carga viral en la población que se realiza la prueba pueden no ser representativas de la población no evaluada cuando se mide a través de datos del programa. Este es especialmente el caso, si la ampliación de las pruebas está sesgada a sitios de mayor o menor rendimiento. Al asumir que los niveles de supresión de la carga viral son los mismos en la población analizada y en la no analizada cuando la cobertura de las pruebas no es completa, el progreso hacia los objetivos de 95–95–95 puede ser subestimado o exagerado.

Un segundo desafío que se desprende de los datos del programa actualmente disponibles es que las pruebas de carga viral pueden realizarse de forma selectiva para confirmar los presuntos fracasos del tratamiento. Los datos comunicados a partir de las pruebas de carga viral de las personas sospechosas de haber fracasado el tratamiento subestimarán la supresión de la carga viral a nivel de la población. ONUSIDA recomienda que los países revisen de cerca los datos informados para excluir las pruebas no rutinarias objetivo.

Un tercer desafío cuando se usan datos de programas de rutina es que los datos de las pruebas de carga viral solo se informan para el subconjunto de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esto puede subestimar la supresión general del nivel de población, ya que las personas que no están en tratamiento y que suprimen el virus de forma natural no se incluirán en el numerador. ONUSIDA está examinando las pruebas disponibles de cohortes y encuestas de población para cuantificar y ajustar mejor este efecto, al informar sobre el progreso mundial y regional hacia el tercer 95.

Información adicional

ONUSIDA, OMS. Guidelines on monitoring the impact of the HIV epidemic using population-based surveys. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/si-guidelines-population-survey/en>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Anexo 2.4.6: HIVDR EWI sampling, abstraction and reporting guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf).

Pillay T, Cornell M, Fox MP, Euvrard J, Fatti G, Technau KG et al. Recording of HIV viral loads and viral suppression in South African patients receiving antiretroviral treatment: a multicentre cohort study. *Antivir Ther.* 2020;25(5): 257–266 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982353/>

2.4 Enfermedad por VIH en estado avanzado y diagnóstico tardío del VIH

Porcentaje y número de adultos y niños con recuento de células CD4 <200 células/mm³ (o <15%) en el momento del diagnóstico inicial o del inicio/reinicio de la terapia antirretroviral durante el período de reporte

Qué mide

Personas que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³, un criterio de enfermedad avanzada por VIH.

Justificación

A medida que los países amplían los servicios relacionados con el VIH, es importante vigilar si las personas que viven con el VIH padecen una enfermedad avanzada. La enfermedad avanzada por el VIH está asociada a una mortalidad y morbilidad sustancialmente mayores por el VIH, las infecciones oportunistas y las comorbilidades. También identifica a las personas que deberían recibir el paquete de atención recomendado por la OMS para la enfermedad avanzada por VIH, con el fin de ayudar a reducir el riesgo de malos resultados.

Numerador

En el momento del diagnóstico inicial del VIH o en el inicio/reinicio de la terapia antirretroviral, el número de:

- Adultos (≥15 años) que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³ registrado en ese momento; y,
 - Niños de 5 a 14 años que viven con el VIH con un recuento de células CD4 <200 células/mm³ o CD4 <15% registrado en ese momento; y,
 - Niños de 0 a 59 meses que viven con el VIH.
-

Denominador

Número de personas diagnosticadas de VIH por primera vez o que inician/reinician una terapia antirretroviral durante el período de notificación con:

- Adultos (≥15 años): un recuento de células CD4 registrado en ese momento; y,
 - Niños de 5 a 14 años: recuento (o porcentaje) de células CD4 registrado en ese momento;
 - Niños de 0 a 59 meses: todos los que viven con el VIH.
-

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

A partir de los datos de los sistemas de información de laboratorio y de las historias clínicas de las personas en tratamiento. Los datos pueden recopilarse a partir de registros de servicios sanitarios, formularios de notificación de casos o sistemas de información de laboratorio. Las personas con resultados de recuento de CD4 deben incluirse sólo si la prueba de CD4 se realizó en el plazo de 1 mes desde el momento del diagnóstico inicial, el inicio de la terapia antirretroviral o la reiniciación de la terapia antirretroviral.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

De 0 a 14 años (desglosado por edades de 0 a 59 meses y de 5 a 14 años) para los niños y de ≥15 años por sexo (hombres y mujeres) para los adultos.

Diagnóstico por primera vez, frente a inicio o reinicio de la terapia antirretroviral.

Explicación del numerador

Adultos que viven con el VIH cuyo recuento de linfocitos CD4 era <200 células/mm³ en el momento del diagnóstico inicial o al iniciar/reiniciar la terapia antirretroviral en el período de reporte.

Se considera que todos los niños menores de 5 años tienen la enfermedad del VIH en estado avanzado en el momento del diagnóstico inicial o al reiniciar la terapia antirretroviral tras un período de interrupción, por lo que no se solicita el desglose por recuento de linfocitos CD4 o categoría porcentual.

Explicación del denominador

Número de personas que viven con el VIH que tenían un recuento de linfocitos CD4 en el plazo de 1 mes desde el momento del diagnóstico o el inicio/reinicio de la terapia antirretroviral en el período de reporte.

Información adicional solicitada

Se solicita el número total de personas que recibieron una prueba de CD4 en el momento del diagnóstico inicial o del inicio/reinicio de la terapia antirretroviral en cuatro categorías de recuento de células CD4 mutuamente excluyentes (<200 células/mm³, de 200 a <350 células/mm³, de 350 a <500 células/mm³, ≥500 células/mm³), y el número total de personas a las que se les diagnosticó el VIH por primera vez, y que iniciaron y reiniciaron la terapia antirretroviral durante el período de reporte.

La revisión de la calidad de los datos para este indicador debe considerar la distribución completa de CD4 en las cuatro categorías de CD4, evaluando la exhaustividad y la coherencia mutua, y como la cobertura y representatividad de las mediciones de CD4 para representar todos los nuevos diagnósticos y todas las (re)inscripciones en terapia antirretroviral.

Puntos fuertes y débiles

Es posible que este indicador no incluya a todas las personas diagnosticadas, iniciadas en terapia antirretroviral o reiniciadas en terapia antirretroviral si hay retrasos sustanciales en la notificación de los datos de diagnóstico o del resultado de la prueba de recuento de CD4 (lo que puede indicar un retraso en la vinculación del diagnóstico a la atención) o si la medición del recuento de CD4 no es rutinaria y universal.

Si la cobertura de la medición del recuento de CD4 (de todos los nuevos diagnósticos, o de las inscripciones y reinscripciones en la terapia antirretroviral) es muy inferior al 100%, es posible que los resultados no sean representativos de toda la población de clientes. Si el país no puede reportar los resultados de CD4 por separado para las personas recién diagnosticadas, en comparación con las iniciadas en terapia antirretroviral y las reiniciadas en terapia antirretroviral, los resultados de CD4 serán difíciles de interpretar.

2.5 Volumen y positividad de la prueba del VIH

Número de pruebas de VIH realizadas (volumen de pruebas) y porcentaje de resultados positivos de VIH que obtuvieron las personas (positividad) en el año calendario

Qué mide

Tendencias en la aceptación de los servicios de pruebas del VIH, incluso a través de diferentes modalidades, y su eficacia para identificar a las personas que viven con el VIH.

Justificación

El volumen de pruebas y los datos sobre positividad son útiles para la vigilancia del programa. Conocer el número de personas que se someten a pruebas anualmente y la modalidad de prueba o la realización de las autoevaluaciones es fundamental para la previsión de productos y la planificación del personal. Los datos de positividad entre las personas sometidas a prueba que han recibido un resultado también pueden ayudar a validar el número de personas que reciben un diagnóstico reciente a través de sistemas de notificación de rutina y estimaciones de la prevalencia del VIH a partir de datos que provienen de encuestas. Por último, cuando se desglosan por edad, sexo, modalidad de prueba y estado del VIH, estos datos son útiles para evaluar la eficacia de la prestación de los servicios de prueba del VIH y abordar las deficiencias en diversos entornos, contextos y poblaciones.

Además de las actividades de seguimiento del programa, los volúmenes anuales de pruebas y las tasas de positividad son datos que se introducen en el modelo de ONUSIDA que estima el progreso hacia el primer objetivo del 95 (el 95% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico). Este modelo se utiliza principalmente en los países que cuentan con encuestas nacionales para medir la cobertura de las pruebas históricas de la población según el estado serológico respecto al VIH, pero con sistemas débiles de notificación de casos de VIH (véase el Indicador 2.1).

Numerador

Número de pruebas realizadas en las que se informó un resultado VIH-positivo a la persona (positividad)

Denominador

Número de pruebas realizadas en las que la persona recibió los resultados (volumen de prueba)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador deben obtenerse de los registros de los programas de los servicios de pruebas del VIH, de los libros de registro y de los formularios de notificación con carácter trimestral o anual. Los datos notificados deben ser un recuento del número de pruebas realizadas en las que los resultados se comunicaron a una persona y no la cantidad de personas únicas que se sometieron a pruebas al menos una vez durante el año calendario. Por ejemplo, si una persona que es VIH-positiva se somete a una prueba una vez en una unidad móvil de pruebas y luego nuevamente en una clínica durante el mismo año calendario, debe contarse dos veces en el numerador y dos veces en el denominador. En un escenario alternativo, si una persona obtiene un resultado negativo en un centro de asesoramiento y pruebas voluntarias (VCT) y luego da positivo al someterse a una prueba indicada por el proveedor, se debe informar una vez en el numerador y dos veces en el denominador.

Tenga en cuenta que solo deben contarse las pruebas cuyos resultados se comunicaron a la persona. Además, la prueba de una persona solo debe contarse una vez en el numerador y en el denominador, incluso si se realizan hasta tres pruebas diferentes para confirmar un diagnóstico de VIH-positivo según los algoritmos de prueba nacionales.

Notifique por separado el número de kits de autodiagnóstico adquiridos y distribuidos en el año calendario (cuando estén disponibles). Los kits de autodiagnóstico adquiridos se refieren al número total de kits de autodiagnóstico comprados (no distribuidos ni utilizados) en un año por parte del gobierno nacional, incluidos, entre otros, los donados. Los kits de prueba adquiridos a través de otros canales, como el sector privado, no deben contarse. En cambio, deben detallarse en los comentarios. Los kits de autodiagnóstico distribuidos se refieren al número total de kits individuales que se distribuyeron en un año. No es el número total de personas que se autoevaluaron, ni es el número total de personas que recibieron el kit de autodiagnóstico (ya que las personas pueden obtener más de un kit en un año). No se requiere ningún desglose por sexo o edad ni información sobre la positividad para la adquisición o distribución de datos de autodiagnóstico.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

- 0-14 años para niños y 15 años o más según el sexo (hombres y mujeres) para adultos.
- Modalidad de prueba (para todas las poblaciones, incluidos los servicios para poblaciones clave).
 - Notificación de los HTS a nivel comunitario:
 - o Pruebas móviles (p. ej., mediante unidades móviles o instalaciones de prueba temporales).
 - o Centros de VCT (no dentro de un establecimiento de salud).
 - o Otras pruebas basadas en la comunidad.

- Pruebas en instalaciones:
 - o Pruebas iniciadas por el proveedor en clínicas o instalaciones de emergencia.
 - o Clínicas de atención prenatal (incluidos el trabajo de parto y el parto).
 - o VCT (dentro de un establecimiento de salud).
 - o Clínica de TB (si está disponible)
 - o Clínica de planificación familiar.
 - o Otras pruebas en instalaciones.

Nota: Si el volumen de pruebas y la positividad no se pueden desglosar por modalidad, notifique las cifras generales.

Información adicional solicitada

Proporcione información en el cuadro de comentarios sobre las campañas de pruebas nacionales o los cambios en las estrategias o prácticas de pruebas que puedan explicar los cambios en los volúmenes de pruebas en comparación con años anteriores. Si se dispone de datos sobre la repetición de las pruebas entre las personas seropositivas o negativas al VIH (volúmenes o tasas/proporciones), facilítelos también en la casilla de comentarios.

Puntos fuertes y débiles

No todos los países disponen de identificadores únicos o de sistemas subyacentes para deduplicar la primera prueba y la prueba repetida entre los individuos, ni para diferenciar por el estado del VIH de la persona que se vuelve a someter a la prueba. Las personas que reciben un resultado positivo en la prueba pueden solicitar pruebas de confirmación adicionales, y las personas con un resultado VIH-negativo pueden repetir la prueba durante el año. Como resultado, este indicador no es directamente comparable con el conocimiento del estado (como se mide en el Indicador 2.1).

Los sistemas de información sobre el VIH evolucionan. Será importante poder desglosar las pruebas según el historial de pruebas anteriores (por ejemplo, personas que nunca se realizaron una prueba, personas que obtuvieron resultados negativos al VIH en la última prueba y personas que ya conocen su estado VIH-positivo y que buscan o requieren una prueba de confirmación), así como según el año de la prueba anterior. En años futuros, este indicador podría ampliarse para solicitar esta información con el fin de comprender mejor los patrones de las pruebas y captar las cifras válidas de los nuevos diagnósticos para evaluar mejor la eficacia de los servicios de pruebas del VIH.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

2.6 Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)

Porcentaje de personas que viven con el VIH en un grupo de población clave que han estado recibiendo terapias antirretrovirales en los 12 meses anteriores

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

- A. Cobertura de terapias antirretrovirales entre profesionales del sexo que viven con el VIH
- B. Cobertura de terapias antirretrovirales entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones con hombres y que viven con el VIH
- C. Cobertura de terapias antirretrovirales entre personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH
- D. Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas transgénero que viven con el VIH
- E. Cobertura de terapias antirretrovirales entre personas en prisiones y otros entornos cerrados que viven con el VIH

Qué mide

Avances en la provisión de terapia antirretroviral para todas las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave

Justificación

La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y reducir la transmisión del VIH. Las personas que viven con el VIH que forman parte de grupos de población clave deberán poder acceder a servicios generales que ofrezcan terapias antirretrovirales sin sufrir el miedo al estigma o a la discriminación, y tener oportunidad de recibir atención de manos de profesionales sanitarios que tengan el conocimiento clínico necesario para dar respuesta a sus necesidades. Idealmente, todos esos servicios generales deberán cumplir con los estándares necesarios para que resulten sensibles con las necesidades de los grupos de población clave. Consecuentemente, la cobertura de las terapias antirretrovirales es un medio fundamental para evaluar el acceso a esos servicios.

Numerador

Número de encuestados que viven con el VIH que declaran haber estado recibiendo terapias antirretrovirales en los 12 meses anteriores

Denominador

Número de encuestados que viven con el VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada dos años para las encuestas bioconductuales

Anual si se dispone de datos del programa especial

Desglose

A, C, y E: Género (mujeres, hombres y transgénero)

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

A-E: Edad (<25 y +25 años)

Información adicional solicitada

Si hay datos subnacionales disponibles, proporcione el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio provisto. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Puntos fuertes y débiles

Este es un nuevo indicador, que reconoce la importancia de la terapia antirretroviral y la necesidad de conseguir la igualdad en el acceso a esas terapias. No ha venido siendo una pregunta estándar en las encuestas bioconductuales. Sin embargo, cada vez se plantea más en las encuestas, también en las encuestas a hogares. Los programas de tratamiento no recopilan datos sobre comportamiento de riesgo y, en consecuencia, no abarcan fuentes rutinarias para esa información. Los datos sobre distribución de los tratamientos permiten cuantificar el "segundo 95" de las metas 95-95-95 y ofrecer información para la promoción de la igualdad en el acceso a tratamiento para todas las comunidades de grupos de población clave.

No está claro cuántas personas responderán en las encuestas de forma precisa a esta pregunta. Se requieren análisis y actuaciones de investigación adicionales para evaluar la validez de las respuestas y para mejorar el modo en que se obtengan respuestas válidas en el futuro.

Información adicional

WHO, CDC, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioral survey guidelines for Populations at Risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Herramienta para establecer y monitorear objetivos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave: complemento de las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

2.7 Mortalidad relacionada con el sida

Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el sida por cada 100.000 personas

Qué mide

Impacto de los programas de prevención, atención y tratamiento del VIH

Justificación

Los esfuerzos para ampliar el acceso a terapias antirretrovirales que salvan vidas, entre los que se incluyen las directrices de la OMS 2016, que recomiendan el tratamiento universal, deberían servir para reducir significativamente el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida, si esos servicios son accesibles y se prestan de forma eficaz. El impacto de la respuesta frente al sida deberá evaluarse supervisando los cambios en la mortalidad relacionada con el sida a lo largo del tiempo. Este indicador, modificado según el número total de personas que hayan muerto por causas relacionadas con el sida en el periodo del que se informa dividido por la población (por grupos de 100.000), también se incluye en las directrices de información estratégica consolidadas sobre el VIH y el sector sanitario.

Numerador

Número de personas que murieron por causas relacionadas con el sida en el año calendario.

Denominador

Población total irrespectivo de su estado de VIH.

Cálculo

Numerador/denominador por 100.000

Método de medición

El número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida puede obtenerse utilizando un conjunto de diferentes mediciones, entre ellas a través de sistemas de registro vital ajustado para una notificación incorrecta, como parte de encuestas poblacionales o sobre centros que pueden incluir autopsias verbales y a través de modelos matemáticos utilizando herramientas como es Spectrum. Las herramientas de modelaje utilizan datos demográficos, prevalencia del VIH resultante de encuestas y de seguimiento, el número de personas que reciben terapia antirretroviral, incidencia del VIH y supuestos sobre patrones de supervivencia para estimar el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida. En algunos casos, también pueden incorporarse datos procedentes de sistemas de registro vital y estimaciones de subreportes o casos de clasificación incorrecta en esos modelos para obtener estimaciones sobre ese número de muertes relacionadas con el sida.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Sexo.
 - Edad (<5, 5-14 y 15 años o más)
-

Información adicional solicitada

Se solicita la fuente de la estimación. Los países que faciliten el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida, cuando esa cifra se derive de fuentes que no sean Spectrum, deberán facilitar todas las estimaciones de incertidumbre alrededor de ese número y cargar una copia electrónica del informe que describa el modo en que se haya calculado esa cifra.

Preferiblemente los países deberán facilitar una estimación basada en modelos y no estimaciones que se deriven de sistemas de registro vital, a menos que ese sistema haya sido evaluado recientemente como un sistema de alta calidad. Los usuarios pueden ahora optar por utilizar su estimación de Spectrum o introducir datos a nivel de poblaciones nacionalmente representativas. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del programa informático una vez que se finalice el archivo nacional.

Puntos fuertes y débiles

Para países con sólidos sistemas de registro vital, los cambios en las estimaciones de la mortalidad relacionada con el sida ofrecen una medida precisa del impacto de los programas de prevención, atención y tratamiento. Incluso en esos sistemas, resultan útiles las evaluaciones periódicas para cuantificar demoras o retrasos, o casos de subestimación o clasificación incorrecta de causas de muertes.

Para países que no tengan sistemas sólidos en vigor, las estimaciones sobre las muertes relacionadas con el sida son una importante herramienta de monitoreo de programas, pero están sujetas a mayor incertidumbre. En particular resulta importante la información sobre patrones de supervivencia para las personas que reciben terapia antirretroviral y para las que no la reciben. Deberá informarse de las muertes relacionadas con el sida juntamente con los rangos de incertidumbre que correspondan. Esa estimación será únicamente tan fiable como lo sean los datos introducidos en los modelos y los supuestos que se hayan hecho en esos modelos.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Spectrum software. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2024 (<https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

2.8 Gestión de la infección criptocócica

Porcentaje de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que fueron sometidas a pruebas de detección, diagnosticadas y tratadas por infección criptocócica

Qué mide

Este indicador mide la cascada de cribado y tratamiento de la infección criptocócica entre las personas viviendo con el VIH en estado avanzado: la proporción de personas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ sometidas a cribado para detectar la infección criptocócica; la proporción de personas que dieron positivo en el cribado para detectar la infección criptocócica; y la proporción de personas que recibieron tratamiento para la infección criptocócica entre las que dieron positivo en el cribado.

Justificación

Para reducir las muertes relacionadas con el SIDA, los programas de VIH deben hacer hincapié en la identificación de las personas viviendo con VIH en estado avanzado, la prevención de las infecciones oportunistas y el tratamiento de las infecciones oportunistas. Las infecciones criptocócicas son responsables de una mortalidad y morbilidad considerables entre las personas que viven con el VIH, especialmente en personas con un recuento de células CD4 inferior a 200 células/mm³ (enfermedad por VIH avanzada). Este indicador apoya la vigilancia del cribado, diagnóstico y tratamiento de la infección criptocócica, una de las infecciones oportunistas más comunes entre las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado.

Numerador

- A. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ con infección criptocócica que recibieron tratamiento.
 - B. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que dieron positivo en la prueba de infección criptocócica.
 - C. Número de personas que viven con el VIH con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que se sometieron a pruebas de detección de la infección criptocócica.
-

Denominador

- A. Número de personas que viven con el VIH y recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que dieron positivo en la prueba de infección criptocócica.
 - B. Número de personas que viven con el VIH y recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ que se sometieron a pruebas de detección de infección criptocócica.
 - C. Número de personas seropositivas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³.
-

Cálculo

Numerador A/Denominador A

Numerador B/Denominador B

Numerador C/Denominador C

Método de medición

A partir de los datos de los sistemas de información de laboratorio y de los registros de las personas en tratamiento. Los datos pueden recopilarse a partir de registros de servicios sanitarios, formularios de notificación de casos y sistemas de información de laboratorio.

Los datos pueden incluir a personas con una prueba de CD4 en el momento del diagnóstico inicial o en el plazo de 1 mes y también a personas con una prueba de CD4 repetida en el momento de la reinscripción en la atención o en cualquier momento durante la terapia antirretroviral.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mejorará la vigilancia de una infección oportunista clave, mejorará la identificación de las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y contribuirá a comprender las causas de muerte entre las personas que viven con el VIH.

Un punto débil de este indicador es que sólo se vigila la infección criptocócica. No se incluyen otras infecciones oportunistas comunes, como la tuberculosis, la histoplasmosis y las infecciones por *Pneumocystis jirovecii*.

Informacion adicional

Izco S, Garcia-Basteiro AL, Denning DW, Boulware DR, Penn-Nicholson A, Letang E. Management of advanced HIV disease in Africa. *Lancet HIV*. 2023;10(6):e358–e360.

Rajasingham R, Govender NP, Jordan A, Loyse A, Shroufi A, Denning DW, et al. The global burden of HIV-associated cryptococcal infection in adults in 2020: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(12):1748–1755.

Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240052178>, accessed 15 October 2023).

Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>, accessed 12 October 2023).

3.1 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres embarazadas con estado serológico conocido

Qué mide

Cobertura del primer paso en la cascada de la prevención de la transmisión vertical¹. Alta cobertura que facilita la iniciación temprana de cuidados y tratamientos para madres viviendo con VIH. El número total de mujeres viviendo con VIH provee el número de mujeres embarazadas viviendo con VIH específico por instalación sanitaria para iniciar una cascada de la prevención de la transmisión vertical del VIH a nivel de la instalación sanitaria.

Justificación

El riesgo de transmisión vertical puede reducirse considerablemente con: (a) provisión de medicamentos antirretrovirales, ya sea mediante terapia continua o profilaxis, a la madre durante el embarazo y el parto, (b) con profilaxis antirretroviral al niño y medicamentos antirretrovirales a la madre o al niño durante la lactancia (si procede); (c) fomentando prácticas de parto seguras y una lactancia más segura.

Se utilizarán los datos: (a) para hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos nacionales y mundiales de eliminación de la transmisión vertical; (b) para informar la planificación estratégica y políticas; (c) para apoyar los esfuerzos de abogacía; y (d) para aprovechar recursos para acelerar la ampliación. Ayudarán a medir las tendencias de cobertura de la profilaxis y el tratamiento antirretrovirales y, cuando se desglosen por tipo de régimen, para evaluar el progreso en la introducción de regímenes y tratamientos antirretrovirales más eficaces.

Numerador

Número de mujeres embarazadas atendidas en centros de atención prenatal y/o que dan a luz en instalaciones sanitarias en la que se sometieron a una prueba del VIH durante el embarazo, en el periodo del parto o en el parto mismo, o que ya sabían que eran VIH-positivas en su primera visita a centros de atención prenatal.

Denominador

Denominador poblacional: Número de mujeres embarazadas que dieron a luz en los últimos 12 meses.

Denominador basado en un programa: Número de mujeres embarazadas atendidas en un centro de atención prenatal o que dieron a luz en instalaciones sanitaria en los últimos 12 meses.

Cálculo

Numerador/denominador

Nota: Los países con una población de más de 250 000 habitantes reportarán este indicador dentro de Spectrum. Los usuarios del Monitoreo Global del Sida tienen la opción de utilizar sus estimaciones de Spectrum o de introducir datos representativos de la población a nivel nacional. Si se eligen las estimaciones de Spectrum, los valores se obtendrán directamente del archivo final de Spectrum.

Método de medición

Numerador: registros de programas; por ejemplo, registros de atención prenatal, de embarazo y parto. Algunas personas adquieren varios meses de medicación antirretroviral en una sola visita. Si la duración de la medicina que ha sido adquirida cubre el último mes del periodo de notificación, estas personas deberían ser contabilizadas como receptoras de terapia antirretroviral (en vez de haber detenido el tratamiento).

Denominador poblacional: estimaciones de las oficinas centrales de estadística, División de Población de la ONU u otras estadísticas vitales.

Denominador basado en las clínicas: registros de programas; como registros de atención prenatal, trabajo de parto y parto.

Frecuencia de medición

Anualmente o con mayor frecuencia, dependiendo de las necesidades de monitoreo de cada país

Desglose

Estado de VIH / resultados de pruebas:

- Estado VIH (positivo) conocido al llegar a la clínica de atención prenatal.
- Resultado VIH-positivo en la primera visita a centros de atención prenatal durante el embarazo actual, en el periodo del parto o en el parto mismo. Esto excluye a mujeres que ya conocen su estado seropositivo de VIH desde antes del embarazo actual.
- Resultado VIH-negativo en la primera visita a centros de atención prenatal durante el embarazo actual, en el periodo del parto o en el parto mismo. Se debe basar en el último resultado, en caso de que haya varias pruebas.

La suma de estos tres valores debería ser igual al número de mujeres que se realizaron la prueba del VIH. El número total de mujeres VIH-positivas identificadas debe ser equivalente a la suma de las mujeres que conocían su estado VIH-positivo en su primera visita a centros de atención prenatal más el número de mujeres que se realizaron la prueba del VIH y arrojó un resultado positivo en un centro de atención prenatal durante el embarazo, en el periodo del parto o en el parto mismo.

- Mujeres embarazadas que se inyectan drogas.
-

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

Información adicional solicitada

Observar las tendencias a lo largo del tiempo: si los datos desglosados están disponibles por región, observar si pueden identificarse áreas donde haya menos rendimiento. Revisar si hay datos disponibles sobre el porcentaje de pacientes atendidas en clínicas prenatales que conocen su estado de VIH, incluyendo aquellas que ya tenían un estado de VIH confirmado y aquellas que se sometieron a la prueba, y el porcentaje de pacientes atendidas en el período del parto o en el parto mismo que conocen su estado.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador permite a los países monitorear las tendencias en las pruebas del VIH entre mujeres embarazadas. Este indicador no recoge los puntos en que se producen abandonos durante el proceso de pruebas y asesoramiento, y las razones por las cuales ocurre. Este indicador no mide la calidad de las pruebas y asesoramiento. Tampoco recoge el número de mujeres que recibieron asesoramiento antes de la prueba.

Información adicional

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=015C03A78EC01FA22E13641A3DE9B3E3?sequence=1>).

3.2 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

Porcentaje de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que reciben una prueba virológica para el VIH dentro de los dos meses siguientes a su nacimiento

Qué mide

Avances en cuanto al nivel de recién nacidos de mujeres que viven con el VIH que son sometidos a pruebas virológicas para el VIH durante sus dos primeros meses de vida para determinar su estado serológico y su elegibilidad para terapia antirretroviral, desglosados según los resultados de esas pruebas.

Justificación

Los recién nacidos que contrajeron el VIH durante su gestación, el parto o el periodo inicial del posparto con frecuencia mueren antes de que se llegue a reconocer en ellos una infección por VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los programas nacionales establezcan la capacidad de ofrecer pruebas virológicas tempranas de detección del VIH para recién nacidos a las seis semanas de vida o tan pronto como sea posible después de ese plazo, para orientar la toma de decisiones clínicas en la fase más temprana posible. La enfermedad del VIH progresa de forma rápida entre los niños; necesitan iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible porque, sin un tratamiento temprano, el 50% de ellos muere antes de que concluya su segundo año de vida.

Numerador

Número de recién nacidos que reciben pruebas para el VIH dentro de los dos meses siguientes a su nacimiento durante el periodo de notificación. Los recién nacidos que reciban esas pruebas deberán contabilizarse una única vez. El numerador no debe incluir los recién nacidos sometidos a la prueba después de los dos meses desde su nacimiento.

Denominador

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que han dado a luz en los pasados 12 meses.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador. Pruebas de diagnóstico infantil precoz de los laboratorios.

Para el denominador. Modelos de estimación como es Spectrum o encuestas de vigilancia de clínicas prenatales en combinación con datos demográficos y los apropiados ajustes en relación con la cobertura de las encuestas en clínicas prenatales.

Los usuarios del Monitoreo global del SIDA tienen la opción de utilizar su estimación de Spectrum o ingresar datos para el denominador. Si se selecciona utilizar la estimación de Spectrum, los valores serán obtenidos directamente del programa informático cuando se haya finalizado el archivo nacional.

Frecuencia de medición

Aualmente o con mayor frecuencia, dependiendo de las necesidades de monitoreo de cada país

Desglose

El numerador deberá desglosarse según el resultado: positivo, negativo, indeterminado o rechazado para la prueba.

Explicación del numerador

Se recopilará de las bases de datos que tengan los laboratorios de pruebas diagnósticas para recién nacidos. El numerador deberá representar al número de recién nacidos que hayan recibido pruebas virológicas en los dos meses siguientes al nacimiento; no deberá representar el número de muestras sometidas a pruebas de VIH en los laboratorios. Los datos deberán agregarse de las bases de datos de los laboratorios. En los casos en que sea posible, deberán minimizarse los casos de doble contabilización cuando se agreguen los datos para producir datos a nivel nacional.

El número de recién nacidos que reciban más de una prueba virológica durante los dos primeros meses de vida se prevé que sea bajo. Deberá hacerse todo lo posible por incluir todas las instalaciones sanitarias operadas por el sector público, por el sector privado y por organizaciones no gubernamentales que estén ofreciendo pruebas sobre VIH para recién nacidos expuestos al VIH. Cuando la cobertura de atención prenatal, los partos en instalaciones sanitarias y la prueba de detección del VIH en los partos y atención prenatal sean elevadas y su notificación es completa, se pueden utilizar datos de programas para triangularlos con los datos de cualquiera de las dos fuentes.

Los resultados de las pruebas deberán notificarse como positivos, negativos, indeterminados y rechazados para la prueba por parte del laboratorio. Esta información deberá incluir únicamente el resultado de la prueba más reciente que se haya hecho para cada recién nacido durante sus dos primeros meses de vida.

Explicación del denominador

Se trata de una medición indirecta de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH. Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador:

1. Un modelo de estimación, como es el programa informático Spectrum, utilizando el resultado, el número de mujeres embarazadas que precisan de servicios para prevenir la transmisión vertical¹, como medición indirecta.
2. Si no están disponibles proyecciones de Spectrum, multiplicando el número total de mujeres que dan a luz en los 12 meses anteriores (el cual puede obtenerse de estimaciones sobre nacimientos de organismos estadísticos centrales o de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas (que puede derivarse del sistema de vigilancia centinela en centros de atención prenatal después de los apropiados ajustes relativos a la cobertura de las encuestas en clínicas de atención prenatal).

Para garantizar la comparabilidad, el resultado de Spectrum se utilizará para el denominador para análisis mundial.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador permite a los países monitorear los avances en la provisión de pruebas virológicas tempranas de VIH para recién nacidos de dos meses de edad o menos que hayan estado expuestos al virus, lo que resulta esencial para una apropiada atención y tratamiento de seguimiento. Limitar la edad a los dos meses de vida o menos también elimina las posibilidades de pruebas repetidas para un mismo niño, lo que podría llevar a dobles contabilizaciones. Son únicamente tres los campos que se necesitan para este indicador: fecha de recogida de la muestra, edad del bebé en ese momento (recogida directamente o en relación con la fecha de nacimiento del niño) y los resultados; se introducen de forma sistemática en bases de datos centralizadas sobre pruebas diagnósticas tempranas para recién nacidos en los laboratorios que realizan las pruebas.

Teniendo en cuenta el reducido número de laboratorios que realizan esas pruebas y el formato electrónico de las correspondientes bases de datos, este indicador no deberá suponer una elevada carga de trabajo. La calidad de los datos que ofrecen los laboratorios es generalmente alta, por lo que este indicador resulta un indicador sólido. Este indicador no registra el número de niños que ya tienen un diagnóstico definitivo de infección por el VIH ni cuantifica si se han prestado servicios de seguimiento adecuados para cada niño en base a la interpretación de los resultados de las pruebas. Tampoco sirve para cuantificar la calidad de esas pruebas ni del sistema que esté en funcionamiento para esas pruebas. Un valor bajo que pueda darse en este indicador, sin embargo, puede denotar debilidades sistémicas, lo que incluye mala gestión a nivel nacional de los suministros de kits para pruebas virológicas sobre el VIH, recopilación de datos incorrecta, deficiencias en el seguimiento y mala gestión de las muestras sobre las que se realizan las pruebas.

El desglose por resultados de las pruebas no debe utilizarse como indicador de las tasas de transmisión vertical temprana. Si la cobertura de las pruebas de diagnóstico infantil temprano en los dos primeros meses de vida es baja, las bajas tasas de positividad entre los bebés sometidos a las pruebas no significarán necesariamente el éxito del programa, ya que esta muestra no incluye a los bebés que no se sometieron a las pruebas y que probablemente tienen tasas de transmisión más altas.

Aunque las pruebas virológicas tempranas son una intervención de carácter esencial para identificar a los niños que viven con el VIH, los países también deberán fortalecer la calidad del seguimiento a niños expuestos al VIH y formar a los profesionales sanitarios para que sepan reconocer las señales y síntomas de la infección temprana por el VIH en niños expuestos al virus, especialmente si el acceso a pruebas virológicas es limitado. La inadecuada gestión de suministros puede afectar negativamente al valor que resulte para este indicador y reducir de forma significativa el acceso a pruebas sobre VIH para los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH. Los países deberán garantizar que estén en funcionamiento los sistemas y herramientas adecuados, especialmente herramientas para sistemas de información de gestión logística, para aprovisionarse, distribuir y gestionar los suministros a nivel de centros sanitarios, de distrito y central.

Información adicional

El numerador de este indicador es un subconjunto del indicador MER del Gobierno de Estados Unidos sobre el diagnóstico temprano del recién nacido (PMTCT_EID). El indicador MER se desglosa para incluir el número de niños con un resultado en cuanto al VIH de entre 0 y 2 meses y 2 a 12 meses. El indicador de Monitoreo Global del Sida aquí descrito incluye solamente los diagnósticos hasta dos meses de edad, y utiliza como denominador los nacimientos a mujeres que viven con el VIH, incluyendo a las mujeres que no forman parte del programa de prevención de la transmisión vertical.

Información adicional

MER indicator reference guide, version 2.7 [Internet]. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); 2023 (https://help.datim.org/hc/article_attachments/19439675645076).

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 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf).

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

3.3 Transmisión vertical del VIH

Porcentaje estimado de nuevos casos de niños que contraen la infección por VIH por transmisión vertical¹ en los últimos 12 meses

Qué mide

Cuando se compara con valores de años anteriores, este indicador muestra los efectos de la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres para reducir la transmisión vertical del VIH.

Justificación

Se han realizado esfuerzos para aumentar el acceso a las intervenciones que pueden reducir significativamente la transmisión vertical del VIH, incluidos los regímenes de tratamiento y el fortalecimiento del asesoramiento sobre la alimentación infantil. Es necesario evaluar el impacto de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical en la reducción del número de niños recién infectados por el VIH a través de la transmisión vertical.

El porcentaje de niños que viven con el VIH deberá disminuir a medida que se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión vertical y el uso de regímenes más eficaces.

Numerador

Número estimado de niños que contraen la infección por VIH por transmisión vertical en los 12 meses anteriores (Aunque el denominador se limita a los nacimientos en los últimos 12 meses, el numerador puede incluir a niños infectados por el VIH durante el periodo de lactancia y, por tanto, el nacimiento podría haber ocurrido más de 12 meses antes. Por lo tanto, el indicador es en realidad una relación y no un verdadero porcentaje).

Denominador

Número estimado de nacimientos entre mujeres que viven con el VIH en los 12 meses anteriores

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Lo ideal es que este indicador se midiera mediante programas que identificaran la infección por VIH en niños pequeños. Sin embargo, estos programas a menudo no son capaces de identificar las infecciones entre los hijos de **1)** las mujeres que se seroconvierten mientras están embarazadas o en periodo de lactancia **2)** las mujeres que no siguen recibiendo atención durante los servicios prenatales o postnatales o **3)** las mujeres que nunca han recibido servicios. Las estimaciones modeladas se utilizan en informes mundiales en entornos en los que no hay resultados finales de transmisión vertical a nivel de población disponibles.

La probabilidad de transmisión vertical difiere según el momento en que se inicie la terapia antirretroviral, el régimen de medicamentos antirretrovirales recibido y las prácticas de alimentación del lactante. La transmisión puede calcularse utilizando Spectrum. El programa informático Spectrum utiliza información sobre lo siguiente:

- La distribución de mujeres embarazadas que viven con el VIH que reciben medicamentos por el tiempo de inicio de tratamiento (antes de la concepción y al inicio o al final del embarazo).
- La proporción de mujeres embarazadas que siguen recibiendo tratamiento antirretroviral en el momento del parto.
- Incidencia del VIH estimada en mujeres embarazadas y lactantes.
- La distribución de mujeres que reciben tratamiento antirretroviral tras el parto (posparto).
- Entre mujeres que reciben terapia antirretroviral, el porcentaje cuyos recién nacidos hayan dejado la lactancia por la edad del niño en meses (0–35 meses)
- Entre mujeres que no reciben tratamiento antirretroviral, el porcentaje cuyos recién nacidos hayan dejado la lactancia por la edad del niño en meses (0–35 meses)
- Entre mujeres lactantes que reciben tratamiento antirretroviral, el porcentaje que abandona por mes.
- Incidencia estimada en mujeres lactantes.
- Probabilidades de transmisión vertical del VIH en base a las diversas categorías de regímenes de medicación antirretroviral y prácticas de alimentación infantil.
- El número estimado de mujeres que viven con el VIH y dan a luz por grupo de edad.

La visualización de resumen sobre prevención de la transmisión vertical del VIH en Spectrum reporta la tasa nacional estimada de transmisión maternoinfantil del virus a nivel poblacional. Esta variable también puede calcularse en Spectrum dividiendo el número de niños recién infectados por el VIH a través de la transmisión vertical entre el número de mujeres que necesitan servicios para prevenir la transmisión vertical.

No hay suficiente información disponible sobre otras vías de transmisión del VIH en niños como para incluir tales infecciones en Spectrum. Además, se cree que hay otros modos de transmisión que causan una pequeña parte del número mundial de niños que contraen el VIH. La variable de resultado de Spectrum “nuevas infecciones por VIH en niños de entre 0 y 1 año de edad” no se utiliza, porque algunos niños mayores de un año contraerán el VIH a través de la lactancia.

Los usuarios de la herramienta de reporte para el Monitoreo Global del Sida tienen la opción de utilizar su estimación de Spectrum o introducir datos de población representativos a nivel nacional. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del programa informático una vez que se finalice el archivo nacional. Si se incluyen datos de programas, notifique los datos basados en cohortes de nacimientos iguales para el numerador y el denominador, y no según el año del diagnóstico.

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, “transmisión vertical” se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión “de madre a hijo”.

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Este indicador es diferente del indicador MER del Gobierno de Estados Unidos sobre los resultados finales de PTMI (PMTCT_FO), pues el indicador MER es una medida de cohorte que no registra las infecciones de niños entre mujeres que pasan a ser seropositivas durante la lactancia o que no participaron (o abandonaron) programas de prevención de la transmisión vertical. El denominador también es diferente: el objetivo del indicador MER es estimar el número de mujeres que pasan a ser seropositivas durante la lactancia.

Puntos fuertes y débiles

Puntos fuertes. A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas para prevenir la transmisión vertical. Se prefiere la estimación basada en modelos, ya que la medición directa de este indicador es muy difícil. La estimación basada en modelos permite superar múltiples dificultades:

1. El seguimiento de binomios madre-hijo resulta difícil, especialmente a nivel nacional, a causa de demoras en el envío de información y las múltiples instalaciones sanitarias que cada pareja madre-hijo puede visitar para recibir el amplio elenco de servicios que se ofrecen para la prevención de la transmisión vertical del VIH y las intervenciones de atención infantil que se ejecutan a lo largo de diferentes periodos.
2. Pueden morir niños (especialmente entre la población infantil que vive con el VIH) antes de que sean sometidos a pruebas para determinar si se ha producido la transmisión del VIH.
3. Un indicador cuantificado directamente no capturaría a las mujeres y sus hijos que no asisten a programas, posiblemente por el alto nivel de estigma asociado con ellos.
4. La mayoría de los valores medidos de forma más directa no incluyen a las mujeres que pasan a ser seropositivas durante la lactancia.

Puntos débiles. Este indicador se genera sobre un modelo que ofrece estimaciones sobre infecciones por VIH entre niños. El indicador estimado es únicamente tan bueno como lo sean los supuestos y los datos que se utilicen en el modelo. Los países en que está ampliamente extendida la práctica de las cesáreas, este indicador sobrestimarán la transmisión materno-infantil. También se basa en datos de programas que con frecuencia capturan regímenes provistos de medicación antirretroviral y no la consumida efectivamente y, en consecuencia, podría subestimar la transmisión vertical.

Este indicador no captura los esfuerzos para reducir la transmisión vertical reduciendo el número de mujeres en edad reproductiva que contraen el VIH o reduciendo el número de embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH.

En los países en que hay datos disponibles, en que la asistencia a centros sanitarios es alta y en que se realizan pruebas confirmatorias de forma sistemática, deberán hacerse esfuerzos para monitorear su impacto evaluando directamente el porcentaje de niños que viven con el VIH que se da entre los nacidos de mujeres que viven con el VIH. Todos los países deberán esforzarse para monitorear el estado serológico y la supervivencia de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH, información que se recopilará durante las visitas de atención sanitaria de seguimiento.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

3.4 Prevención de la transmisión vertical del VIH

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical¹ del VIH

Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión vertical del VIH durante el embarazo y el parto mediante la provisión de medicamentos antirretrovirales.

Este indicador permite a los países monitorear la cobertura del inicio en medicamentos antirretrovirales en mujeres embarazadas que viven con el VIH para reducir la transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia. Dado que este indicador cuantifica habitualmente los medicamentos antirretrovirales dispensados y no los consumidos efectivamente, en la mayoría de los casos no permite determinar el nivel de adhesión a los diferentes regímenes.

Justificación

Proporcionar medicamentos antirretrovirales a una mujer que vive con el VIH, ya sea antes de la concepción o durante el embarazo y la lactancia, puede reducir significativamente el riesgo de transmisión vertical. Esta intervención es más eficaz si la medicación antirretroviral se suministra antes de la concepción y se cumple cuidadosamente durante la lactancia. Este indicador se puede utilizar para: (a) hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos nacionales y mundiales de eliminación de la transmisión vertical; (b) informar la planificación estratégica y políticas; (c) apoyar los esfuerzos de abogacía; y (d) aprovechar recursos para acelerar la ampliación.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH. Los informes mundiales que sintetizan la cobertura de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical del VIH excluirán a mujeres que hayan recibido una dosis única de nevirapina, dado que ese se considera un régimen subóptimo. Sin embargo, los países deben informar el número de mujeres que solo recibieron una dosis única de nevirapina.

Este recuento debe incluir a todas las mujeres que dieron a luz en los 12 meses anteriores, independientemente del año en que iniciaran a tomar medicamentos antirretrovirales.

Denominador

Número estimado de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador. Registros de programas nacionales agregados a través de herramientas de monitoreo de programas, como son registros sobre pacientes y formularios de información resumida.

Para el denominador. Modelos de estimación como es Spectrum o encuestas de vigilancia de clínicas prenatales en combinación con datos demográficos y los apropiados ajustes en relación con la cobertura de las encuestas en clínicas prenatales.

Los usuarios del Monitoreo global del SIDA tienen la opción de utilizar su estimación de Spectrum o ingresar datos. Si se selecciona utilizar la estimación de Spectrum, los valores serán obtenidos directamente del programa informático cuando se haya finalizado el archivo nacional.

Frecuencia de medición

Anualmente o con mayor frecuencia, dependiendo de las necesidades de monitoreo de cada país

Desglose

- El numerador debe desglosarse por los regímenes que se describen a continuación.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Explicación del numerador

El numerador deberá desagregarse según las categorías siguientes. Cada mujer solo se debe contabilizar una vez en una de las celdas:

1. Mujeres que inician terapia antirretroviral durante su embarazo en curso.
2. Mujeres que recibían terapia antirretroviral antes de su actual embarazo.
3. Otras opciones (especificar régimen).

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

Desglose por definiciones de regímenes

Categorías	Aclaración adicional	Ejemplos comunes
<p>Las dos primeras opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretroviral durante toda la vida (lo que incluye la Opción B+):</p> <ol style="list-style-type: none"> Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso Mujeres que ya recibían tratamiento antes de su embarazo 	<p>Un régimen basado en tres medicamentos que se propone ofrecer terapia antirretroviral para toda la vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas en el periodo de notificación que inician terapia antirretroviral para toda la vida. Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas durante el periodo de notificación que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral en su primera visita de atención prenatal. <p>Si una mujer inicia terapia antirretroviral para toda la vida durante el periodo del parto, sería contabilizada en la categoría 1.</p> <p>Si el número de mujeres que reciben terapia antirretroviral no está disponible por el momento en que lo inician, ese número puede incluirse en la celda titulada número total de mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral para toda la vida.</p>	<p>Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> TDF + 3TC + EFV.
<p>3. Si se ha indicado otro régimen que no incluye el tratamiento para toda la vida, introduzca el otro régimen (mediante una de las siguientes opciones) y el número de mujeres que reciben dicho régimen alternativo.</p>		
<p>Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el embarazo y el parto)</p>	<p>Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión vertical iniciado durante el embarazo o a más tardar durante el periodo de parto o el parto mismo con la intención de suspenderlo a la conclusión del periodo de lactancia (o de suspenderlo tras el parto si no ha de haber periodo de lactancia).</p> <p>Si una mujer recibe un régimen antirretroviral basado en tres medicamentos por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> TDF + 3TC + EFV. AZT + 3TC + EFV. AZT + 3TC + LPV/r.
<p>AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)</p>	<p>Un régimen profiláctico que utilice AZT (u otro inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa (INTI)) iniciado como tan pronto como a las 14 semanas de embarazo o como más tarde durante el periodo de parto o el parto mismo para prevenir la transmisión del VIH.</p> <p>Si una mujer recibe un régimen de medicación antirretroviral por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto. AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto + cola posparto de 7 días de AZT + 3TC.
<p>Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Incluir si la nevirapina es el único régimen provisto a una mujer embarazada que vive con el VIH durante el embarazo y el parto. No deberá contabilizarse como nevirapina de dosis única si: La nevirapina se suministra como parte de la Opción A durante el embarazo. Una mujer embarazada que vive con el VIH inicia la opción A, B o B+ en el periodo de parto o en el parto mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Nevirapina en dosis única para la madre al inicio del periodo del parto. Dosis única de nevirapina + 7 días de AZT + cola de 3TC únicamente. Dosis única de nevirapina para la madre al inicio del periodo del parto y dosis única de nevirapina para el bebé únicamente.

Explicación del denominador

Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador: un modelo de estimación, como el Spectrum, utilizando el resultado: el número de mujeres embarazadas que necesitan servicios para prevenir la transmisión vertical. Este indicador se calcula como los nacimientos de mujeres que viven con el VIH O, si no se dispone de estimaciones de Spectrum, multiplicando el número de mujeres que han dado a luz en los últimos 12 meses (que puede obtenerse de las estimaciones de la oficina central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (que puede derivarse de la vigilancia centinela del VIH en la clínica prenatal y de los ajustes adecuados relacionados con la cobertura de las encuestas de la clínica prenatal).

Para garantizar la comparabilidad, el resultado de Spectrum se utilizará para el denominador para análisis mundial.

Puntos fuertes y débiles

Se anima a los países a que hagan un seguimiento e informen del número de mujeres que reciben tratamiento según el momento de inicio de la terapia antirretroviral, de modo que pueda modelarse el impacto de los medicamentos antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH (véase el indicador 3.3 sobre la tasa de transmisión vertical). El numerador debe deduplicarse para eliminar a las mujeres que acuden a varias clínicas a lo largo del embarazo.

Información adicional

La prevención de la transmisión vertical del VIH es un área programática en rápida evolución y, consecuentemente, los métodos para monitorear la cobertura de este servicio también lo son. Para acceder a información al respecto, pueden consultarse las siguientes publicaciones:

Publications on vertical transmission of HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2024
<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation>

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>.

3.5 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de atención prenatal que se someten a la prueba de la sífilis, dan positivo y reciben tratamiento

Qué mide

- A. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y se someten a pruebas de sífilis.
- B. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a pruebas de sífilis y que tienen una serología positiva para la sífilis.
- C. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis y que reciben un tratamiento adecuado.

Justificación

La cobertura de las pruebas (cribado), la prevalencia de la sífilis en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y la cobertura del tratamiento son indicadores clave para evaluar el progreso de un país hacia la eliminación de la transmisión vertical¹ de la sífilis. A nivel nacional, estos datos pueden utilizarse para identificar las zonas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de la sífilis congénita. A nivel mundial, estos datos también se utilizan para estimar la mortalidad y morbilidad perinatal causada por la sífilis que podría evitarse con programas eficaces para eliminar la transmisión vertical de la sífilis.

- A. La realización de pruebas de sífilis a todas las mujeres embarazadas al principio del embarazo es importante para la salud de la mujer y del feto. Este indicador contribuye también a monitorear la calidad de la atención prenatal y de los servicios de prevención de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) entre las mujeres embarazadas.
- B. La prevalencia de la sífilis en las asistentes a la atención prenatal puede utilizarse para destacar las zonas de un país que requieren apoyo adicional, y puede proporcionar una alerta temprana de posibles cambios en la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en la población general. Los datos son también una importante fuente de información para generar estimaciones de incidencia y prevalencia nacionales, regionales y mundiales de la sífilis y la sífilis congénita.
- C. El tratamiento de las personas que acuden a la atención prenatal y que dan positivo en las pruebas de sífilis es esencial para reducir la transmisión vertical de la sífilis.

Numerador

- A. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre sífilis.
- B. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis.
- C. Número de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal con una prueba de sífilis positiva y que han recibido al menos una dosis de penicilina benzatina de 2,4 millones de unidades por vía intramuscular.

Denominador

- A. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal.
- B. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre sífilis.
- C. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis

Cálculo

Numerador/denominador (para A, B y C, respectivamente)

Método de medición

- A. Todas las mujeres embarazadas deberán ser sometidas a pruebas de detección de sífilis en su primera visita a centros de atención prenatal. Lo ideal es que los países informen sobre las pruebas en cada visita (incluida la primera). Los países que no tengan posibilidad de distinguir entre las pruebas realizadas en primeras visitas y las pruebas realizadas en cualquier visita deberán informar también de este indicador, aunque deben cerciorarse de que se recogen claramente los datos como correspondientes a cualquier visita. Este indicador deberá cuantificarse anualmente.

Las pruebas (cribado) pueden realizarse mediante una prueba no treponémica (por ejemplo, el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o la reagina plasmática rápida [RPR]) o una prueba treponémica (por ejemplo, el ensayo de hemaglutinación del *Treponema pallidum* [TPHA], la prueba de aglutinación de partículas del *Treponema pallidum* [TPPA], el inmunoensayo enzimático o la prueba treponémica rápida). Para este indicador, basta con tener cualquiera de los dos tipos de prueba (treponémica o no treponémica), aunque es preferible hacerse la prueba con ambos.

Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. Deberán especificarse las fuentes y cobertura de los datos que utilice el país (p.ej. los datos de programas nacionales de las 12 provincias) en la sección para observaciones y comentarios.

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, “transmisión vertical” se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión “de madre a hijo”.

B. La positividad a la sífilis puede ser una prueba treponémica positiva, una prueba no treponémica reactiva o una combinación de ambas. Es importante informar del algoritmo de pruebas (cribado) que se utiliza generalmente en el país. El tipo de prueba se incluye en el análisis de los datos. Para este indicador (que se propone cuantificar la seropositividad), resulta aceptable informar de la positividad sobre la base de un único resultado de prueba. Si están disponibles a la vez resultados de pruebas treponemales y no treponemales sobre una determinada persona, deberá definirse la positividad a la sífilis como resultado positivo en ambas pruebas.

Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias, vigilancia centinela o encuestas especiales. En la sección para comentarios y observaciones deberá especificarse la fuente y cobertura de los datos del país: por ejemplo, vigilancia centinela de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en 2 de las 10 provincias.

Se alienta a los países a utilizar identificadores únicos o registros que separen las primeras pruebas de las posteriores para evitar el doble recuento y que reflejen la verdadera prevalencia o incidencia de la sífilis en lugar de la positividad de las pruebas. Por favor, especifique la fuente y la cobertura de sus datos en la sección de comentarios.

C. Las mujeres embarazadas con serología positiva para la sífilis deben ser tratadas con penicilina benzatina, preferentemente el mismo día en que se les realiza la prueba para evitar la transmisión vertical. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina. El tratamiento de la sífilis en las mujeres embarazadas debe basarse en las directrices nacionales de tratamiento. Los conocimientos que se tengan sobre políticas y prácticas terapéuticas deberán utilizarse para interpretar las tendencias que haya en el tratamiento.

Por favor, especifique la fuente y la cobertura de sus datos en la sección de comentarios.

Frecuencia de medición

Aualmente

Desglose

- Prueba en cualquier visita, prueba en primera visita
- Edad (15-24 años y +25 años).

Información adicional solicitada

Por favor, indique el tipo de prueba que se utiliza con más frecuencia en la primera visita y como prueba de confirmación, así como la proporción de mujeres que reciben una prueba de confirmación.

Además, por favor, comente si los datos que proporciona se consideran representativos de todo el país. Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga.

Si se dispone de datos sobre la fase del embarazo en la que la mujer se somete a la prueba y sobre el tiempo transcurrido entre la prueba y el tratamiento, facilítelos.

Puntos fuertes y débiles

Los programas que realizan pruebas de sífilis y VIH a las mujeres embarazadas por separado deberían colaborar para alinear y mejorar la eficacia de su trabajo. La prevención de la sífilis congénita requiere pruebas en las primeras fases del embarazo, ya que pueden producirse alumbramientos de mortinatos en el segundo trimestre. Tener conocimiento de que las mujeres se están sometiendo a estas pruebas en fases avanzadas del embarazo indica que esas mujeres no están accediendo pronto a servicios de atención prenatal o que las pruebas se están ejecutando en estadios avanzados del embarazo.

El conocimiento de las prácticas de pruebas dentro del país (como la proporción de pruebas treponémicas frente a las no treponémicas utilizadas) y cualquier cambio que se produzca a lo largo del tiempo son fundamentales para interpretar las tendencias de la enfermedad.

Información adicional

WHO guidelines on syphilis screening and treatment of pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>).

Dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests can be used as the first test in antenatal test. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.38>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>).

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373826/9789240080331-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>).

3.6 Tasa de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

Casos de sífilis congénita notificados por cada 100 000 nacidos vivos en el periodo de 12 meses de referencia

Qué mide

Avances en la eliminación de la transmisión vertical¹ de la sífilis

Justificación

La infección por sífilis no tratada en el embarazo puede provocar la muerte fetal, la muerte neonatal y enfermedades congénitas (definidas colectivamente como "sífilis congénita"). La infección por sífilis no tratada durante el embarazo también aumenta el riesgo de transmisión vertical del VIH. Dada la gran eficacia, la adecuada sencillez y el bajo coste de las pruebas y el tratamiento de la sífilis, las iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión vertical de la sífilis están bien establecidas. La tasa de sífilis congénita es una medida de la vigilancia nacional y del impacto de las intervenciones programáticas para eliminar la transmisión vertical de la sífilis.

Numerador

Número de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos) en los 12 meses anteriores

Denominador

Número de nacidos vivos en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

Ninguna

Información adicional solicitada

Es importante indicar en la sección de comentarios la definición de caso de sífilis congénita utilizada en su país para casos reportados.

En particular, los países deberán hacer constar si los datos reportados incluyen los partos de mortinatos.

Por favor, comente en qué medida los datos se consideran representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Puntos fuertes y débiles

El diagnóstico de la sífilis congénita es más fiable cuando se utilizan pruebas de diagnóstico específicas, pero desgraciadamente rara vez están disponibles. Por lo tanto, en la mayoría de los países, el diagnóstico se basa en la historia clínica de las pruebas y el tratamiento de la madre y en el examen clínico del bebé, lo que hace que la vigilancia sea un reto.

Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita -y dependiendo de la definición de caso que se utilice-, la subnotificación y la sobrenotificación pueden ser un problema. La posible magnitud de tales errores en los informes debe tenerse siempre en cuenta al examinar las tasas de sífilis congénita a lo largo del tiempo.

Información adicional

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>).

¹ En este documento, la transmisión vertical incluye la transmisión al niño que se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este documento, "transmisión vertical" se utiliza como una alternativa neutra y no estigmatizante a la transmisión "de madre a hijo".

3.7 Virus de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal

Proporción de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a pruebas de detección del virus de la hepatitis B (VHB), que se descubre que viven con el VHB, que se evalúa su elegibilidad para el tratamiento y que reciben tratamiento para el VHB

Qué mide

- A. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y se someten a la prueba del antígeno de superficie del VHB (HBsAg).
 - B. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal que se someten a la prueba del HBsAg y tienen un resultado positivo.
 - C. Porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal con una prueba de HBsAg positiva y que reciben una prueba adicional de ADN del VHB o, cuando no está disponible, del antígeno de la envoltura del VHB (HBeAg).
 - D. Porcentaje de mujeres elegibles que acuden a los servicios de atención prenatal y que fueron tratadas según la política nacional, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
-

Justificación

- A. La realización de pruebas de detección del VHB en el embarazo es importante para su propia salud, y también es el primer paso en la prevención de la transmisión del VHB de madre a hijo. Conocer la cobertura de las pruebas contribuye a la evaluación de la calidad en todo el ámbito de los servicios de atención prenatal. Este indicador también controla los objetivos programáticos utilizados para la validación en los países con una política de dosis de nacimiento de vacunación contra el VHB.
 - B. La tasa de positividad del HBsAg en las asistentes a la atención prenatal puede utilizarse para controlar la prevalencia del VHB en la población y dar una indicación de la carga del VHB en las mujeres embarazadas.
 - C. Las pruebas adicionales para los diferentes marcadores del VHB pueden identificar a las mujeres elegibles para el tratamiento cuando exista un mayor riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo que requiera intervenciones adicionales.
 - D. No todas las mujeres embarazadas que presentan un resultado positivo en la prueba del HBsAg pueden recibir tratamiento para reducir el riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo. La cobertura del tratamiento es una medida más de la calidad sostenida del servicio en toda la atención prenatal. Este indicador también controla los objetivos programáticos utilizados para la validación en los países con una política de dosis de nacimiento de vacunación contra el VHB.
-

Numerador

- A. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre HBsAg.
 - B. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre HBsAg.
 - C. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal con un HBsAg positivo y que luego reciben la prueba del ADN del VHB y/o el HBeAg.
 - D. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y que cumplen los criterios de elegibilidad y reciben tratamiento antiviral.
-

Denominador

- A. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal.
 - B. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre HBsAg.
 - C. Número de mujeres embarazadas que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre HBsAg.
 - D. Número de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y que son aptas para recibir tratamiento antiviral.
-

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

- A. Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. En este caso, indique la fuente y la cobertura de sus datos, y comente en qué medida se consideran representativos de la situación nacional.
- B. Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias, vigilancia centinela o encuestas especiales, que utilizan pruebas serológicas. En la sección para comentarios y observaciones deberá especificarse la fuente y cobertura de los datos del país: por ejemplo, vigilancia centinela de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en 2 de las 10 provincias.
- C. Idealmente, deberán utilizarse registros de programas nacionales agregados de datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, se pueden utilizar datos de sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales para reportar. En este caso, indique la fuente y la cobertura de sus datos, y realice un comentario para saber hasta qué punto se cree que son representativos de la situación nacional.
- D. No todas las mujeres embarazadas que son positivas a HBsAg pueden recibir tratamiento. La elegibilidad para el tratamiento se basa en las pruebas complementarias disponibles (ver los recursos en "Más información"). Por lo tanto, la cobertura del tratamiento se basa en el número de mujeres embarazadas que pueden recibirlo.
-

Frecuencia de medición

Los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos trimestralmente a nivel nacional o subnacional. También deberán consolidarse anualmente e informarse de ellos ante la OMS.

Desglose

Edad (15-24 años y +25 años)

Puntos fuertes y débiles

Los valores altos del indicador indican que los servicios de atención prenatal y de prevención de la transmisión del VHB de madre a hijo están bien integrados.

Los valores bajos de los indicadores sugieren una baja aceptación, disponibilidad o integración de las pruebas y el seguimiento, pero no proporcionan una indicación de dónde está el problema.

Los datos del programa no proporcionarán información sobre el acceso de la población clave a los servicios.

Puntos específicos para los subindicadores

- A. Los programas deberían alinear las pruebas prenatales del VHB, la sífilis y el VIH para mejorar la eficacia de su trabajo.
- B. Los datos sobre la positividad del HBsAg entre las mujeres embarazadas no están fácilmente disponibles en muchos de los países más afectados a través de los informes rutinarios del sistema sanitario. El conocimiento de las prácticas de pruebas dentro del país debe utilizarse para interpretar y comparar las tendencias de la enfermedad.
- C. Las pruebas para identificar la elegibilidad para el tratamiento y el riesgo de transmisión del VHB de madre a hijo entre las mujeres que acuden a la atención prenatal no siempre están disponibles ni se controlan de forma rutinaria en los centros sanitarios.
- D. La evaluación de la cobertura del tratamiento depende del uso adecuado de los criterios de elegibilidad.
-

Información adicional solicitada

Según el "Método de medición" (arriba), comente si los datos que proporciona son datos de programas rutinarios que se consideran representativos de todo el país.

Información adicional

Directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por hepatitis B. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/policy-brief-prevention-care-treatment-persons-chronic-hep-b-WHO-HIV-2015-5>).

Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de la hepatitis B: directrices sobre la profilaxis antiviral en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333391/9789240002708-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

4.1 Experiencia de violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave

Porcentaje de personas de una población clave que declaran haber sufrido violencia física y/o sexual en los últimos 12 meses

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Experiencia de violencia física y/o sexual entre profesionales del sexo.
- B. Experiencia de violencia física y/o sexual entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Experiencia de violencia física y/o sexual entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Experiencia de violencia física y/o sexual entre las personas transgénero.

Qué mide

Progreso en la reducción de la violencia física y sexual entre las poblaciones clave

Justificación

A nivel mundial, las elevadas tasas de infección por el VIH entre las poblaciones clave -incluidos profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero- han puesto de manifiesto el problema de la violencia de género. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que las desigualdades de género profundamente arraigadas y omnipresentes, que se reflejan en la violencia de género, determinan su riesgo y vulnerabilidad a la infección por el VIH.

La violencia y el VIH se han vinculado a través de vías directas e indirectas y los estudios realizados en diversos países indican que muchos profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero han sufrido violencia de una u otra forma en algún momento de sus vidas. También se ha demostrado que la violencia obstaculiza los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH entre las poblaciones clave.

Numerador

Número de personas de un grupo de población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas o personas transgénero) que declararon que alguno de los incidentes les había ocurrido al menos una vez en los últimos 12 meses

Denominador

Número total de encuestados de un grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales Los indicadores A-D se confeccionan a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran pertenecer a un grupo de población clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero).

- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha herido alguien físicamente, como por ejemplo, le ha pegado o asfixiado o le ha amenazado con un cuchillo u otra arma? (no ha ocurrido en los últimos 12 meses, una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces, 10 o más veces, no sabe, se niega a contestar) y/o
- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha engañado alguien, le ha mentado o le ha amenazado para obligarle a mantener relaciones sexuales cuando usted no quería? (esto no ha ocurrido en los últimos 12 meses, una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces, 10 o más veces, no sabe, se niega a contestar)

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
- **A y C:** género (hombres, mujeres y transgénero).
- **D:** género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro).

Información adicional solicitada

Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado.

Puntos fuertes y débiles

Estos indicadores miden directamente la experiencia de la violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales u otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero). Los indicadores se calculan a partir de las respuestas a dos preguntas. Los expertos técnicos elaboraron las preguntas basándose en medidas de violencia previamente validadas entre las poblaciones clave. Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente manera: un aumento de la prevalencia indica un incremento de la violencia física y/o sexual entre las poblaciones clave, lo que señala la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso hacia la reducción de la violencia contra las poblaciones clave.

El muestreo dirigido por los encuestados (RDS) se utiliza para realizar encuestas integradas de biocomportamiento. Esta metodología de muestreo permite a los investigadores acceder, de forma sistemática, a miembros de poblaciones típicamente difíciles de abordar que, de otro modo, podrían no resultar accesibles. Dado que el RDS es un método de muestreo probabilístico, los investigadores pueden proporcionar estimaciones de población no sesgadas y medir la precisión de dichas estimaciones. El RDS puede tener un éxito especial en la captación rápida en entornos urbanos densos, pero en contextos en los que las poblaciones de difícil acceso no están bien conectadas -o en contextos en los que el estigma asociado a algunas poblaciones clave es grave- las tasas de captación mediante el RDS pueden ser imprevisibles.

Otras desventajas del uso del RDS están relacionadas con las dificultades que pueden surgir en el análisis de los datos recogidos. Por ejemplo, dado que el RDS debe tener en cuenta la ponderación por el tamaño de la red y los patrones de reclutamiento, la fuerza estadística de la muestra aplicada a la población objetivo disminuye si los participantes solo captan a personas que comparten las mismas características que ellos.

Información adicional

Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2014 (Mar);11(3):e1001609.

Bhattacharjee P, Morales G, Kilonzo T, Dayton R, Musundi R, Mbole J et al. Can a national government implement a violence prevention and response strategy for key populations in a criminalized setting? A case study from Kenya. *J Intl AIDS Soc.* 2018. 21(S5):e25122.

Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014 (May);104(5):e42-e54.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

4.2 Actitudes hacia la violencia contra las mujeres

El porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que aceptan que está justificado que un marido pegue o golpee a su mujer por razones específicas

Qué mide

Avances en la consecución de la igualdad de género

Justificación

La desigualdad de género sigue obstaculizando los objetivos mundiales para acabar con el SIDA en 2030. Las normas de género desiguales que confinan a las mujeres y a los hombres a roles específicos en la sociedad -junto con las disparidades de género en la educación y el empleo- limitan en gran medida las estrategias de prevención del VIH entre las mujeres, las niñas y las minorías de género y sexuales. El miedo, las experiencias de violencia y los desequilibrios de poder en las relaciones también aumentan la vulnerabilidad al VIH entre estos grupos, limitando su acceso a los servicios de VIH y reduciendo su adherencia a las tecnologías de prevención o tratamiento del VIH. Esto hace que se vean afectados por el VIH de forma desproporcionada. Por lo tanto, ampliar los programas para potenciar la equidad de género e intensificar los esfuerzos para lograr la igualdad de género es fundamental para acabar con el sida como amenaza para la salud pública mundial para 2030.

Numerador

Número de encuestados que están de acuerdo con al menos una de las afirmaciones

Denominador

Número total de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas de población. El indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados:

En su opinión, ¿está justificado que un marido pegue o golpee a su mujer en las siguientes situaciones?

- ¿Si sale sin decírselo? (sí, no, no sé)
- ¿Si descuida a los niños? (sí, no, no sé)
- ¿Si discute con él? (sí, no, no sé)
- ¿Si se niega a tener sexo con él? (sí, no, no sé)
- ¿Si quema la comida? (sí, no, no sé)

El numerador incluía a los encuestados que manifestaron estar de acuerdo con una o más de las situaciones.

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 años).
 - Sexo (hombre, mujer).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa indirectamente las normas de género no equitativas, que se han asociado a un mayor riesgo de infección por el VIH y de violencia. El indicador se calcula a partir de las respuestas a una pregunta validada que se formula desde hace muchos años en las encuestas de población. Este indicador se podrá generalizar a los adultos de un país determinado, ya que se basa en los datos de una muestra aleatoria de la población general. Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento de la prevalencia indica un aumento de las normas de género perjudiciales que pueden indicar una ampliación de las desigualdades de género en un país, lo que señala la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso hacia la consecución de la igualdad de género.

El indicador sólo examina un aspecto de las normas no equitativas: las actitudes sobre la conveniencia del abuso físico en las relaciones conyugales. No recoge otras normas de género no equitativas entre hombres y mujeres (por ejemplo, el poder en la relación, el control de los recursos financieros, etc.), ni tampoco las normas no equitativas hacia las minorías sexuales y de género.

La lista de motivos y/o la redacción de las razones que justifican la agresión a una esposa pueden variar ligeramente entre las encuestas de países específicos para reflejar mejor el contexto del país. En algunos países, las preguntas solo se hacen a las mujeres casadas o a los hombres casados.

Información adicional

Asaolu I, Alaofè H, Gunn JKL, Adu A, Monroy A, Ehiri J et al. Measuring women's empowerment in sub-Saharan Africa: exploratory and confirmatory factor analyses of the Demographic and Health Surveys. *Front Psychol.* 2018;9:994.

Das M, Ghosh S, Miller E, O'Connor B, Verma R. Engaging coaches and athletes in fostering gender equity: findings from the Parivartan program in Mumbai, India. New Dehli; 2012.

Hanmer L, Klugman J. Exploring women's agency and empowerment in developing countries: where do we stand? *Feminist Economics.* 2016;22(1):237-63.

Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):297.

Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;337.

Kishor S, Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data. DHS Comparative Reports. No. 20. Calverton (MD): Macro International Inc; 2008 (<https://dhsprogram.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm>).

Pulerwitz J, Gottert A, Kahn K, Haberland N, Julien A, Selin A et al. Gender norms and HIV testing/treatment uptake: evidence from a large population-based sample in South Africa. *AIDS Behav.* 2019;23(Suppl 2):162-71.

For more on the methods and survey instruments for the Demographic and Health Survey and AIDS Indicator Survey, see: <http://dhsprogram.com>

4.3 Servicios de VIH que responden a las cuestiones de género

Porcentaje de centros de salud que ofrecen servicios de VIH que responden a las cuestiones de género.

Qué mide

Progreso para asegurar que los servicios de VIH reconozcan y tomen acciones específicas para responder a las normas, roles y desigualdades de género que impiden los servicios de VIH.

Justificación

Los enfoques que responden a las cuestiones de género reconocen y adoptan medidas específicas para responder a las normas, los roles y las desigualdades de género que impiden los servicios relacionados con el VIH.

En el contexto del VIH, los enfoques que responden a las cuestiones de género tienen en cuenta los factores de riesgo de VIH relacionados con el género (p. ej., normas de género perjudiciales, dinámicas de poder desiguales, miedo y riesgo de violencia) y los obstáculos relacionados con el género que impiden acceder a los servicios relacionados con el VIH (p. ej., poder de decisión, diferentes necesidades de servicios y apoyo, discriminación relacionada con el género) en su diseño, aplicación y evaluación para asegurar que los servicios relacionados con el VIH lleguen a personas de todos los géneros.

Los enfoques que responden a las cuestiones de género no pretenden transformar los contextos sociales (por ejemplo, las normas sociales en torno al género) y estructurales (por ejemplo, los marcos jurídicos discriminatorios, las prácticas de contratación no equitativas dentro de las instituciones) que alimentan las desigualdades de género.

Se ha demostrado que los servicios de VIH que responden a las cuestiones de género aumentan el número de pruebas de detección del VIH, la participación de los hombres en los servicios de prevención del VIH, como la prevención de la transmisión materno-infantil, la participación de los jóvenes en los servicios de VIH y la adherencia al tratamiento. Este indicador proporcionará información al país y a los centros encuestados sobre dónde se necesitan mejoras.

Numerador

Número de centros de salud que prestan servicios de VIH que responden a cuestiones de género.

Denominador

Número total de centros de salud que prestan servicios de VIH encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Lista de verificación para evaluar el grado de respuesta a las cuestiones de género de los servicios relacionados con el VIH completada por los centros de salud que prestan servicios de prevención, tratamiento o atención del VIH. Véase el informe técnico de esta encuesta para obtener información adicional sobre la aplicación de la encuesta, incluido el muestreo.

Se considera que los centros de salud prestan servicios de VIH que responden a las cuestiones de género si alcanzan una puntuación de 75-100 en la lista de comprobación utilizando la siguiente escala:

0-25: responden de forma limitada a las cuestiones de género.

26-50: se está trabajando para lograr respuesta a las cuestiones de género.

51-74: responden en gran medida a las cuestiones de género.

75-100: responden a las cuestiones de género.

Frecuencia de medición

Cada 2 años.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente la respuesta de género de los servicios de VIH desde la perspectiva de los centros de salud. Los enfoques que responden a las cuestiones de género pueden apoyar un acceso más equitativo a los servicios. La lista de comprobación utilizada para construir este indicador se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica, con aportaciones de expertos técnicos. Las preguntas para construir el indicador evalúan el acuerdo con varias afirmaciones sobre los servicios prestados, en lugar de medir eventos específicos. Puede producirse un sesgo de deseabilidad social que lleve a una notificación excesiva de la respuesta a cuestiones de género de los servicios relacionados con el VIH.

Este indicador proporciona información general sobre la respuesta de los servicios relacionados con el VIH a las cuestiones de género, pero no refleja cómo esta puede variar para diferentes grupos de clientes, como las personas de poblaciones clave. Se recomienda que este indicador se analice junto con los datos sobre las perspectivas de los usuarios o las opiniones de los clientes recopilados a través de otras herramientas, que pueden ser complementarias y proporcionar información para comprender mejor cómo pueden diferir las experiencias de las personas de diferentes géneros e identidades de género, incluidas las personas de poblaciones clave.

El análisis de los datos desglosados por diversas características de los centros, como la ubicación geográfica, el tipo de centro (público/privado), los servicios (por ejemplo, prevención, tratamiento, atención y apoyo, salud sexual y reproductiva), puede aportar más información para orientar los programas y las políticas.

Información adicional

Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(Suppl 2):e25517.

Gupta GR, Oomman N, Grown C, Conn K, Hawkes S, Shawar YR, et al. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *Lancet.* 2019;393(10190):2550–2562.

Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D, et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(7):e25134.

Remme M, Siapka M, Vassall A, Heise L, Jacobi J, Ahumada C, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):19228.

Basic steps in gender-responsive programming: integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143050/>, accessed 7 November).

6.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

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

Qué mide

Avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias

Justificación

La discriminación es una forma de violación de los derechos humanos prohibida por la legislación internacional sobre derechos humanos y por la mayor parte de las constituciones nacionales. Con discriminación, en el contexto del VIH, se hace referencia a trato injusto (actos u omisiones) que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH. Este indicador no cuantifica directamente los casos de discriminación sino que cuantifica las actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos (u omisiones) discriminatorios. Uno de los elementos del indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados por formas de discriminación que se producen en una determinada institución y el otro cuantifica distanciamientos sociales o expresiones conductuales de prejuicios. El indicador compuesto puede supervisarse como una medición clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de actos de discriminación relacionados con el VIH dentro de la población general. Este indicador puede contribuir a comprender adicionalmente y mejorar las intervenciones relacionadas con actos de discriminación relacionados con el VIH mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que muestran actitudes discriminatorias, permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y poniendo de relieve áreas prioritarias de actuación.

Numerador

Número de encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que responden "no" a alguna de las dos preguntas

Denominador

Número de todos los encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que han oído hablar del VIH

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuesta sobre Demografía y Salud, Encuestas sobre Indicadores de Sida, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados u otras encuestas representativas) Este indicador se construye sobre las respuestas a las siguientes preguntas recibidas en una encuesta sobre población general de encuestados que han oído hablar del VIH.

- ¿Compraría usted verduras frescas de manos de un vendedor si usted supiese que esa persona tiene el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
 - ¿Piensa usted que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela junto con niños que no están infectados por el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
-

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

Desglose

- Edad (15-19 años, 20-24 años y 25-49 años)
 - Sexo (hombre, mujer)
 - Se requieren respuestas para cada pregunta (con base en el mismo denominador), así como la respuesta consolidada para el indicador compuesto.
-

Explicación del numerador

Los encuestados que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán ser excluidos del numerador y del denominador. También deberá excluirse a los participantes que respondan "no lo sé / no estoy seguro/a / depende" y a quienes rechacen responder.

Las respuestas afirmativas y negativas a cada una de las preguntas pueden no sumar el 100% si algunos participantes responden "no lo sé" o si faltan valores. En consecuencia, calcular el porcentaje de personas que responden "no" a esta pregunta sustrayendo el porcentaje de respuestas afirmativas del total de 100% resultaría equivocado.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador cuantifica actitudes discriminatorias y el apoyo a políticas discriminatorias.

La cuestión sobre compra de verduras es prácticamente idéntica a la que se utiliza en una Encuesta sobre Demografía y Salud para la vigilancia de "actitudes de aceptación" sobre las personas que viven con el VIH, lo que permite una vigilancia continuada de las tendencias. Esta pregunta, no obstante, se centra en las respuestas "no" (actitudes discriminatorias) más que en las respuestas "sí" (actitudes de aceptación), lo que mejora las anteriores mediciones para el indicador "actitudes de aceptación", dado que es aplicable a entornos con alta y con baja prevalencia del VIH, a países de ingresos altos, medios y bajos, y también es relevante en ámbitos culturalmente diversos. Las mediciones individuales y el indicador compuesto no se basan en que el entrevistado haya observado actos flagrantes de discriminación cometidos contra personas que viven con el VIH, que son raros y de difícil medición en muchos contextos. Por contra, las mediciones individuales y el indicador compuesto valoran las actitudes de una determinada persona que pueden influir más directamente en las conductas.

Las preguntas recomendadas evalúan el grado de aceptación de situaciones hipotéticas, más que cuantificar casos de discriminación de que se haya podido ser testigo. Se puede producir un sesgo de deseabilidad social, lo que puede llevar a una infravaloración de actitudes discriminatorias. No existen mecanismos para examinar la frecuencia con que se producen actos de discriminación, ni tampoco su severidad.

Idealmente, además de realizarse encuestas que sirvan para cuantificar la prevalencia de actitudes discriminatorias en una determinada comunidad, deberán recopilarse datos cualitativos para dar cuenta de los orígenes de esos actos discriminatorios. También sería aconsejable recopilar datos de forma rutinaria sobre las personas que viven con el VIH sobre sus experiencias de estigmatización y discriminación a través del proceso Índice de Estigma en personas que viven con VIH (www.stigmaindex.org) y comparar las conclusiones con los datos que se deriven del indicador sobre actitudes discriminatorias.

Información adicional

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Washington DC y Londres: International Center for Research on Women and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl. 2) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/>).

Segmento temático: no discriminación. Nota de referencia. En: 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, Ginebra 11-13 de diciembre de 2012. Ginebra: ONUSIDA; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>.

Este indicador ofrece una importante medición de la prevalencia de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH. Evaluar de forma más completa los avances en la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH y el éxito o fracaso de los esfuerzos realizados para reducir ese estigma requiere cuantificar otros campos del estigma y la discriminación.

6.2 Estigma interiorizado que declaran las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH que declaran haber interiorizado el estigma

Qué mide

Progreso hacia la reducción del estigma interiorizado, también conocido como autoestigma, entre las personas que viven con el VIH

Justificación

El estigma interiorizado, en el que las personas que viven con el VIH absorben cognitivamente o emocionalmente mensajes negativos o estereotipos sobre el VIH y luego se aplican estos sentimientos negativos a sí mismos, se ha relacionado con la negativa a aceptar la terapia antirretroviral entre las personas recién diagnosticadas que viven con el VIH. El estigma interiorizado impide también la adherencia a la terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH al comprometer el apoyo social y el afrontamiento adaptativo y se ha relacionado con una menor supresión viral entre las personas que viven con el VIH y que están tomando la terapia antirretroviral.

Este indicador puede supervisarse como una medida de una manifestación clave del estigma relacionado con el VIH entre las personas que viven con él.

Numerador

Fuente: Encuesta de población

Número de personas que viven con el VIH que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH y están de acuerdo con la afirmación

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de encuestados que están de acuerdo con la afirmación

Denominador

Fuente: Encuesta de población

Número de encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH

O

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Encuestas de población. Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

- He sentido vergüenza por mi condición de seropositivo (de acuerdo/desacuerdo).

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH. Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a la siguiente pregunta entre los encuestados.

- Me avergüenzo de ser seropositivo (de acuerdo/en desacuerdo/prefiero no responder).
-

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH: cada 2-3 años.

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 y +50 años). Los datos del Índice de estigma y discriminación entre personas que viven con VIH provienen de encuestados de 18 años o más.
 - Sexo (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiero no decirlo). Las tres últimas opciones solo están disponible para los datos del Índice de estigma a personas que viven con VIH Versión 2.0.
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente el estigma interiorizado, una importante manifestación del estigma que se ha demostrado que impide la atención y el tratamiento del VIH entre las personas que viven con él. Se calcula a partir de las respuestas a una única pregunta, que evalúa el estigma interiorizado entre los encuestados que viven con el VIH. La pregunta se extrae de una medida validada de estigmatización interiorizada.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento de la prevalencia indica un aumento del estigma internalizado y la necesidad de acciones de mitigación, mientras que una disminución de la prevalencia indica un progreso y una reducción del estigma internalizado.

La utilización de datos de encuestas de población para confeccionar este indicador mejorará la comparación entre países y contextos, ya que el indicador se basará en datos de personas que declaran vivir con el VIH extraídos de una muestra aleatoria del público en general. De este modo se reducen los posibles sesgos de respuesta y selección que son posibles cuando se utiliza un enfoque de muestreo de bola de nieve, como se hace con el índice de estigma de las personas que viven con el VIH. No obstante, en los países en los que la prevalencia del VIH es baja, o en los que la estigmatización del VIH es muy alta, las encuestas basadas en la población pueden no conseguir tamaños de muestra grandes de personas que viven con el VIH declaradas por ellas mismas. En estos casos, las encuestas específicas como el índice de estigmatización de las personas que viven con el VIH pueden ser más apropiadas.

Normalmente, el estigma interiorizado se capta con un indicador compuesto por el acuerdo con uno de al menos tres elementos. Dado que este indicador se basa en las respuestas a una sola pregunta, es posible que se subestime el estigma interiorizado, pero el único ítem recomendado para confeccionar este indicador tuvo el mayor nivel de acuerdo de los tres ítems previamente validados en conjunto.

Información adicional

Hargreaves J, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-570 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991336/>).

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos del estudio del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.3 Estigma y discriminación que sufren las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios

Porcentaje de personas que viven con el VIH que declaran haber sufrido estigma y discriminación en la comunidad general en los últimos 12 meses

Qué mide

Progreso hacia la reducción de las experiencias de estigmatización y discriminación entre las personas que viven con el VIH en entornos comunitarios

Justificación

El estigma es un estereotipo negativo basado en características distintivas, como el comportamiento, el sexo o el estado de salud. Se trata de un obstáculo bien documentado para la continuidad de la atención del VIH, que crea lagunas en las cascadas de prevención y tratamiento. El estigma del VIH es el resultado de una serie de factores impulsores y facilitadores, como las actitudes negativas y críticas hacia las personas que viven con el VIH, la vergüenza de ser seropositivo y las normas sociales, culturales y de género. Éstos se manifiestan en una serie de prácticas y experiencias estigmatizantes, incluida la discriminación, que niegan a las personas que viven con el VIH la plena aceptación social. En consecuencia, esto les impide acceder a los servicios esenciales y alimenta las desigualdades sociales. Reducir el estigma y la discriminación que experimentan las personas que viven con el VIH es fundamental para aumentar la aceptación y el cumplimiento de la terapia antirretrovírica y aumentar la supresión vírica, todo lo cual mejorará los resultados sanitarios de las personas que viven con el VIH.

Los estudios anteriores sugieren que es importante medir el estigma de la comunidad por separado del estigma experimentado en los entornos sanitarios. Esto se debe a los diferentes impactos del estigma que se experimentan en estos entornos y a las diferentes respuestas programáticas necesarias para abordarlos.

Numerador

Fuente: Encuesta de población

- Número de personas que viven con el VIH que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH y que están de acuerdo en que una o más de las tres experiencias les han sucedido por su condición de seropositivos en los últimos 12 meses.

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

- Número de encuestados que viven con el VIH y que están de acuerdo en que una o más de las ocho experiencias les han ocurrido debido a su condición de seropositivos en los últimos 12 meses.

Denominador

Fuente: Encuesta de población

- Número de encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

○

Fuente: Índice de estigma a personas que viven con VIH

- Número total de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

A partir de encuestas de población: este indicador se confecciona a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran haber recibido un resultado positivo en la prueba del VIH.

- Por favor, dígame si las siguientes cosas le han sucedido, o si cree que le han sucedido, como consecuencia de su condición de seropositivo en los últimos 12 meses:
 - La gente ha hablado mal de mí por mi condición de seropositivo (sí/no).
 - Otra persona reveló mi estado con respecto al VIH sin mi permiso (sí/no).
 - He sido insultado, acosado o amenazado verbalmente por mi condición de seropositivo (sí/no).

○

Del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH: este indicador también puede confeccionarse a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre todos los encuestados.

- Pensando en los últimos 12 meses:
 - ¿Se ha sentido excluido de reuniones o actividades sociales (por ejemplo, bodas, funerales, fiestas, clubes) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Se ha sentido excluido de las actividades religiosas o de los lugares de culto debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Se ha sentido excluido de las actividades familiares debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Ha sentido que los miembros de su familia han hecho comentarios discriminatorios o han cotilleado sobre usted por su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Alguien le ha acosado verbalmente (por ejemplo, le ha gritado, increpado o ha cometido algún otro tipo de abuso verbal) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Alguien le ha acosado físicamente (por ejemplo, le ha empujado, golpeado o ha cometido algún otro tipo de abuso físico) debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Le han rechazado un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)
 - ¿Ha perdido una fuente de ingresos o un trabajo debido a su condición de seropositivo? (sí, no, no sé, prefiero no contestar)

Frecuencia de medición

Encuestas de población: cada 3-5 años.

Estudio sobre el índice de estigma a personas que viven con VIH: cada 2-3 años.

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–49 y 50+). Los datos del Índice de estigma y discriminación entre personas viviendo con VIH son de encuestados de 18 años o más.
 - Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decirlo). La última opción solo está disponible para los datos del Índice de estigma de las personas que viven con VIH Versión 2.0.
 - Poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente el estigma y la discriminación experimentados en el entorno comunitario, una importante manifestación del estigma que se ha demostrado que impide la atención y el tratamiento del VIH entre las personas que viven con el VIH.

Este indicador se calcula a partir de las respuestas a tres preguntas recogidas en encuestas de población. Las preguntas se han extraído de una medida validada del estigma y la discriminación experimentados. El indicador también puede confeccionarse a partir de ocho preguntas incluidas en el Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0. Las preguntas alternativas abarcan una gama más amplia de experiencias de estigmatización, utilizan una redacción ligeramente diferente y tienen distintas categorías de respuesta. Sin embargo, los expertos técnicos recomendaron su inclusión en el Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0 y deberían proporcionar una buena indicación del nivel de estigma y discriminación experimentado en ausencia de datos a nivel de población.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento en el porcentaje indica un aumento del estigma y la discriminación experimentados entre las personas que viven con el VIH en un entorno comunitario y la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución en el porcentaje indica un progreso y una reducción del estigma y la discriminación experimentados entre las personas que viven con el VIH.

El uso de datos basados en la población para confeccionar este indicador mejorará la comparación entre países y contextos, ya que el indicador se basará en datos de personas que declaran vivir con el VIH extraídos de una muestra aleatoria del público en general. De este modo se reducen los posibles sesgos de respuesta y selección que son posibles cuando se utiliza un enfoque de muestreo de bola de nieve, como se hace con el índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0. No obstante, el sesgo de selección sigue siendo una posibilidad, ya que las experiencias de las personas que viven con el VIH y que están dispuestas a autodeclarar su estado serológico en las encuestas basadas en la población pueden ser significativamente diferentes de las de quienes deciden no hacerlo. En los países en los que la prevalencia del VIH es baja, o en los que la estigmatización del VIH es muy elevada, es posible que las encuestas basadas en la población no consigan tamaños de muestra grandes de personas que viven con el VIH declaradas por ellas mismas. En estos casos, los estudios específicos como el índice de estigma a las personas que viven con el VIH 2.0 pueden ser más apropiadas.

Las preguntas sobre experiencias de estigma en la encuesta de población se centran principalmente en el abuso verbal y la revelación no deseada. Habitualmente, las mediciones del estigma y la discriminación experimentados incluyen varios ítems que captan diferentes tipos de estigma en cada uno de estos entornos, por lo que es posible que las estimaciones del estigma y la discriminación experimentados sean subestimaciones. Las preguntas sobre experiencias de estigma del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH abarcan una gama más amplia de estigmas experimentados, como la exclusión social, el abuso verbal, el acoso físico, el rechazo del empleo y la pérdida del mismo. Por lo tanto, la confección de este indicador utilizando los datos del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH 2.0 puede proporcionar una indicación más sólida del nivel y los tipos de estigma y discriminación experimentados. Sin embargo, los datos no pueden generalizarse más allá de las personas que viven con el VIH incluidas en la muestra, ya que los encuestados se seleccionan mediante un muestreo de bola de nieve en lugar de métodos de muestreo aleatorio.

Información adicional

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Para obtener más información sobre los métodos e instrumentos de la Encuesta demográfica y de salud y la Encuesta de indicadores del SIDA, consulte: <http://dhsprogram.com>

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos de encuesta del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud

Porcentaje de personas que viven con VIH que informan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud

Qué mide

Progreso en la reducción de la discriminación relacionada con el VIH experimentada por las personas que viven con el VIH cuando buscan servicios de salud.

Justificación

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales de derechos humanos y la mayoría de las constituciones nacionales. En el contexto del VIH, la discriminación se refiere al trato injusto o injusto de un individuo (ya sea a través de acciones o por falta de acción) en función de su estado de VIH real o percibido. La discriminación exacerba los riesgos y priva a las personas de sus derechos y sus derechos, lo que alimenta la epidemia del VIH.

El estigma es la atribución de características indeseables a un individuo o grupo que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. A menudo conduce experiencias de discriminación. El indicador mide la discriminación relacionada con el VIH experimentada en entornos de servicios de salud. El VIH a menudo se asocia con una variedad de conductas que se consideran desviadas socialmente o inmorales, como el uso de drogas inyectables y la promiscuidad sexual. Debido a estas creencias sociales subyacentes, las personas que viven con el VIH a menudo se consideran vergonzosas y se cree que son responsables de haber contraído el VIH. Este proceso de vergüenza tiene repercusiones que van más allá del individuo, ya que reduce en gran medida los incentivos para hacerse la prueba del VIH o, en caso de que el resultado sea positivo, para divulgar el estado del VIH a las parejas sexuales o a los miembros de la familia.

El sector de la salud es uno de los principales entornos en los que las personas que viven con VIH y las que se percibe que viven con el VIH experimentan discriminación. Este indicador mide directamente la discriminación que sufren las personas que viven con VIH cuando buscan servicios de salud.

Este indicador compuesto puede monitorearse como una forma de medir la prevalencia de la discriminación relacionada con el VIH que experimentan las personas que viven con VIH en el sector de la salud. Este indicador podría proporcionar una mayor comprensión de los resultados de salud relacionados con el VIH y mejorar las intervenciones para reducir y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con los VIH experimentados a lo largo del tratamiento y la cascada de atención mediante (a) el cambio en el tiempo del porcentaje de personas que viven con VIH y que experimentan discriminación en entornos de atención de salud y (b) la identificación de áreas de acción prioritarias.

Numerador

Número de encuestados que responden afirmativamente ("Sí") al menos a uno de los siete elementos por pregunta

Denominador

Número de personas encuestadas

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH

A los encuestados se les pregunta si experimentaron alguna de las siguientes formas de discriminación relacionadas con el VIH al buscar servicios de salud específicos de VIH y no relacionados con el VIH en los últimos 12 meses:

- Ser negado a recibir servicios de salud debido su estado de VIH.
 - Ser aconsejado no tener relaciones sexuales debido a su estado de VIH.
 - Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas debido al estado de VIH.
 - Recibir abuso verbal debido a su estado del VIH.
 - Recibir abuso físico debido a su estado del VIH.
 - Evitar el contacto físico debido al estado del VIH.
 - Compartir su estado del VIH sin consentimiento previo.
-

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

Se requieren respuestas para cada pregunta, al igual que la respuesta consolidada para el indicador compuesto. El indicador compuesto se puede desglosar de la siguiente manera:

- Tipo de servicio de salud (VIH, o no relacionado al VIH).
- Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decir).
- Población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
- Grupo de edad (18–19 años, 20–24 años, 25–49 años, más de 50 años).
- Tiempo de conocer su estado VIH-positivo (0-<1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años o más de 15 años).

Explicación del numerador

El indicador propuesto combina 14 elementos que capturan la discriminación experimentada por las personas que viven con el VIH cuando buscan servicios de atención de VIH (siete elementos) y atención no relacionada con el VIH (siete elementos adicionales). Durante el proceso de consulta de 2016 para actualizar la encuesta del Índice de estigma hacia las personas que viven con el VIH, destacaron la importancia de medir por separado la discriminación experimentada al buscar específicamente atención para el VIH y la experimentada en servicios de salud en general. En respuesta, la nueva versión de la encuesta pregunta sobre ambos escenarios (mientras que la encuesta original solo preguntaba sobre el estigma experimentado cuando se buscan servicios de salud en general).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador mide directamente las experiencias de discriminación entre las personas que viven con el VIH que buscaron servicios de salud.

Las preguntas recomendadas evalúan si se han experimentado formas específicas de discriminación en servicios de salud. La experiencia de discriminación puede depender de si el proveedor de los servicios de salud conoce el estado de VIH de la persona o no. Teniendo esto en cuenta, la divulgación del estado del VIH al proveedor de servicios de salud debe recopilarse siempre que sea posible para ayudar a interpretar el indicador.

Además, las personas que buscan servicios de VIH en clínicas especializadas en VIH pueden reportar menos experiencias de discriminación que las personas que buscan servicios de VIH integradas dentro de los servicios generales de atención médica. Por lo tanto, se recomienda capturar el tipo de clínica cuando sea posible. También sería aconsejable comparar los hallazgos de este indicador con los Indicadores 6.1 (Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH) y 6.6 (Evitación de servicios de salud entre las poblaciones clave) para tener un entendimiento más amplio del ambiente de estigma y la discriminación que puede ocasionar un contexto dado.

Los hallazgos de este indicador también deben analizarse junto con las respuestas del INPC en los programas para abordar el estigma y la discriminación en los servicios médicos y su dimensión, así como programas para capacitar a los proveedores de atención médica sobre los derechos humanos y la ética médica.

Información adicional

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;22(Suppl 2):S67–79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *International AIDS Society*. 2009;12(1):15.

Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Ginebra: ONUSIDA; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos de encuesta del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.5 Estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personas que pertenece a una población clave que declara haber sufrido estigma y discriminación en los últimos seis meses

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Experiencia de estigma y discriminación entre los/las profesionales del sexo.
- B. Experiencia de estigma y discriminación entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Experiencia de estigmatización y discriminación entre las personas que se inyectan drogas.
- D. Experiencia de estigma y discriminación entre las personas transgénero.

Qué mide

Progreso hacia la reducción de las experiencias de estigmatización y discriminación entre las poblaciones clave

Justificación

El estigma de las poblaciones clave es un estereotipo negativo basado en la pertenencia de un individuo a un grupo de población clave. El estigma es un obstáculo bien documentado para la continuidad de la atención del VIH, que crea lagunas en las cascadas de prevención y tratamiento, especialmente para las poblaciones clave (incluidos los/las profesionales del sexo, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero). El estigma de las poblaciones clave es el resultado de una serie de factores impulsores y facilitadores, entre los que se incluyen: las actitudes negativas y críticas hacia las poblaciones clave; la vergüenza relacionada con la ocupación, el consumo de drogas o la identidad sexual y de género de una persona; y las normas sociales, culturales y de género. Éstos se manifiestan en una serie de prácticas y experiencias estigmatizantes, incluida la discriminación, que niegan a las poblaciones clave la plena aceptación social, lo que reduce sus oportunidades en la vida, les impide acceder a los servicios esenciales y alimenta las desigualdades sociales.

Reducir el estigma y la discriminación que sufren los grupos de población clave es fundamental para aumentar las pruebas de detección del VIH, la aceptación y el cumplimiento de la terapia antirretroviral y la supresión viral, lo que mejorará sus resultados sanitarios.

Numerador

Número de personas del grupo de población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas o personas transgénero) que declaran que en los últimos seis meses les ha sucedido una o más de las tres experiencias por su condición de población clave.

Denominador

Número total de encuestados del grupo de población clave

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales Este indicador se confecciona a partir de las respuestas a las siguientes preguntas entre los encuestados que declaran pertenecer a un grupo de población clave (es decir, profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero).

- ¿Se ha sentido alguna vez excluido de las actividades familiares porque [vende sexo; tiene sexo con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé).
- ¿Le ha increpado alguien alguna vez porque [vende sexo; tiene sexo con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé)
- ¿Alguna vez alguien le ha chantajeado porque [vende sexo; tiene relaciones sexuales con hombres; se inyecta drogas; es transgénero]? (no; sí, en los últimos seis meses; sí, pero no en los últimos seis meses; no lo sé)

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A, B, C, D:** edad (<25, +25 años).
- **A y C:** género (hombres, mujeres, transgénero).
- **D:** género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)

Información adicional solicitada

Envíe la versión digital de cualquier informe de encuesta disponible con la herramienta de carga. La información que se presente con este indicador deberá incluir información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualesquiera posibles cuestiones o incidencias relacionadas.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado.

Puntos fuertes y débiles

Estos indicadores miden directamente el estigma y la discriminación experimentados por los/las profesionales del sexo, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero. Se trata de importantes manifestaciones del estigma que han demostrado obstaculizar los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH entre las poblaciones clave.

Los indicadores se calculan a partir de las respuestas a tres preguntas. Las preguntas fueron desarrolladas por expertos técnicos basándose en medidas previamente validadas de estigmatización y discriminación de poblaciones clave utilizadas en estudios de investigación primaria.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento del porcentaje indica un aumento del estigma y la discriminación experimentados entre las poblaciones clave y la necesidad de adoptar medidas de mitigación, mientras que una disminución del porcentaje indica un progreso y una reducción del estigma y la discriminación experimentados entre las poblaciones clave.

El muestreo dirigido por los encuestados (RDS) se utiliza para realizar encuestas integradas de biocomportamiento. Esta metodología de muestreo permite a los investigadores acceder, de forma sistemática, a miembros de poblaciones típicamente difíciles de abordar que, de otro modo, podrían no resultar accesibles. Dado que el RDS es un método de muestreo probabilístico, los investigadores pueden proporcionar estimaciones de población no sesgadas así como medir la precisión de dichas estimaciones. El RDS puede tener un éxito especial en la captación rápida en entornos urbanos densos, pero en contextos en los que las poblaciones de difícil acceso no están bien conectadas -o en contextos en los que el estigma asociado a algunas poblaciones clave es grave- las tasas de captación mediante el RDS pueden ser imprevisibles. Otras desventajas del uso del RDS están relacionadas con las dificultades que pueden surgir en el análisis de los datos recogidos. Por ejemplo, dado que el RDS debe tener en cuenta la ponderación por el tamaño de la red y los patrones de reclutamiento, la fuerza estadística de la muestra aplicada a la población objetivo disminuye si los participantes solo captan a personas que comparten las mismas características que ellos.

Información adicional

Friedland B, Sprague L, Nyblade L, Baral S, Pulerwitz J, Gottert A et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(S5):e2513.1 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055043/>).

Stahlman S, Hargreaves J, Sprague L, Stangl A, Baral S. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programmes for key populations. *JMIR Public Health Surveill.* 2017;3(2):e23 (<https://publichealth.jmir.org/2017/2/e23/>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

6.6 Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A–D)

Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Evitación de los servicios de salud por parte de los/las profesionales del sexo por causa del estigma y la discriminación.
- B. Evitación de los servicios de salud por parte de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación.
- C. Evitación de los servicios de salud por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación.
- D. Evitación de los servicios de salud por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación.

Qué mide

Avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias en servicios de salud

Justificación

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales de derechos humanos y la mayoría de las constituciones nacionales. En el contexto del VIH, la discriminación se refiere al trato injusto o injusto de un individuo (ya sea a través de acciones o por falta de acción) en función de su estado de VIH real o percibido. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos y sus derechos, lo que alimenta la epidemia del VIH. El estigma relacionado con el VIH tiene que ver con creencias, sentimientos y actitudes negativos hacia las personas que viven con el VIH, hacia grupos relacionados con esas personas (por ejemplo, familiares de personas que viven con el virus) y demás grupos de población clave en situación de especial riesgo de infección por el VIH, como son las personas que usan drogas inyectables, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero. Además del estigma relacionado con el VIH, las personas de las poblaciones clave experimentan una mayor discriminación debido al estigma relacionado con la atracción por el mismo sexo y el comportamiento sexual, la participación en el trabajo sexual, el consumo de drogas y la expresión de género no conforme o diversa.

Este indicador es importante para proporcionar una medida de la proporción de miembros de poblaciones clave que han evitado acceder a los servicios generales de atención de la salud, debido al temor al estigma y la discriminación. Las razones relacionadas para evitar tales servicios pueden incluir (pero no se limitan a) lo siguiente: falta (o falta de percepción) de confidencialidad dentro de los entornos de atención de la salud; actitudes y conductas negativas entre los proveedores de servicios de salud; y temores de revelar o insinuar comportamientos individuales y preferencia / orientación sexual.

Los datos relacionados con la prevención de los servicios de salud son importantes para medir la proporción de poblaciones clave que no satisfacen sus necesidades básicas de atención de la salud (como los chequeos médicos de rutina) y, por lo tanto, es menos probable que asistan a las instituciones de salud para servicios y cuidados más especializados (como pruebas de VIH, tratamiento y atención médica).

Este indicador es importante para comprender y abordar las barreras para alcanzar los objetivos 95–95–95 entre los miembros de las poblaciones clave. Los datos de este indicador miden directamente el miedo al estigma o la discriminación. Este indicador podría ofrecer una mejor comprensión y mejorar las intervenciones para la reducción del estigma y la discriminación de las siguientes formas: (1) mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que perciben o sufren el estigma asociado al VIH, (2) permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y (3) poniendo de relieve áreas de actuación.

Numerador

Número de encuestados que reportan haber evitado acceder a servicios de salud en los últimos 12 meses.

Hay varias formas de preguntar por la evitación de acudir a los servicios por miedo al estigma y a la discriminación dependiendo del país/encuesta.

Denominador

Número de encuestados

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- **A–D:** Edad (<25 años y +25 años).
 - **A y C:** Género (hombres, mujeres y transgénero).
 - **D:** Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro)
-

Información adicional solicitada

Deberán facilitarse las preguntas incluidas en los instrumentos de encuesta.

Si hay datos subnacionales disponibles, por favor incluir el desglose por área administrativa, ciudad o sitio en el espacio brindado. Adjunte la versión digital de cualquier informe de encuesta utilizando la herramienta para cargar documentos.

Puntos fuertes y débiles

Como medición del estigma y la discriminación, este indicador se centra en los resultados de los comportamientos en cuestión. Si se sufre el estigma y la discriminación, o simplemente se perciben uno y otra, de forma suficientemente grave como para disuadir la búsqueda de los servicios sanitarios necesarios, esto no solo puede identificarse fácilmente como un problema sino que puede afectar de forma crítica al uso de esos servicios. Algunos encuestados, sin embargo, pueden experimentar o percibir una importante estigmatización o graves conductas discriminatorias en sus comunidades, pero, gracias a su propia fortaleza o resiliencia personal o al carácter discreto o especializado de esos servicios sanitarios, aun así acudir a ellos y utilizarlos. Este indicador no servirá para cuantificar la consecución de un nivel cero de discriminación, pero puede ser útil para conocer si la discriminación está reduciendo el nivel de uso de servicios sanitarios.

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Para más información sobre el estigma y la discriminación, y los esfuerzos para medir su prevalencia, véase: Serie de sesiones temáticas sobre la no discriminación, 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA. Nota de referencia. Ginebra ONUSIDA; 2012 (https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf#:~:text=the%20broader%20theme%20of%20E2%80%9Cnon-discrimination%20at%20higher%20risk%20with).

Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Ginebra ONUSIDA; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf, accessed 21 November 2017).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington (DC) y Londres: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine, STRIVE; 2012 (https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/07/STRIVE_stigma-brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16 (3 Suppl. 2). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/pdf/JIAS-16-18734.pdf>).

6.7 Personas que viven con el VIH que buscan reparación por la violación de sus derechos

Proporción de personas que viven con el VIH que han sufrido violaciones de sus derechos en los últimos 12 meses y han buscado reparación

Qué mide

Progreso en la defensa de los derechos de las personas que viven con el VIH

Justificación

La existencia de mecanismos de reparación formales e informales, así como de mecanismos de acceso a servicios de apoyo legal asequibles, son fundamentales para garantizar que las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave puedan acceder a la justicia en caso de que no se respeten sus derechos. Sin embargo, la disponibilidad no equivale necesariamente al uso. Es importante captar el porcentaje de personas que viven con el VIH y de poblaciones clave que recurren a estos servicios con el fin de identificar los posibles problemas de acceso o de aceptación de estos mecanismos, como la ubicación geográfica, la sociodemografía o la condición de población clave.

Numerador

Número de encuestados que experimentaron una o más violaciones de los derechos en los últimos 12 meses y declararon haber buscado reparación

Denominador

Número total de encuestados que declararon haber sufrido una o más violaciones de derechos en los últimos 12 meses

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH. El indicador se calcula a partir de las respuestas a una serie de preguntas que evalúan en primer lugar si se han producido violaciones de derechos en los últimos 12 meses. A quienes informaron de que se produjeron violaciones de los derechos en los últimos 12 meses se les pregunta si intentaron hacer algo al respecto, y a los que responden "sí" se les pregunta específicamente sobre lo que hicieron.

El indicador se confecciona a partir de la respuesta a la siguiente pregunta:

- En caso afirmativo, ¿qué intentó hacer al respecto?
 - Presentó una denuncia (sí/no).
 - Contactó con un abogado (sí/no).
 - Contactó con un funcionario o político del gobierno (sí/no).
 - Habló públicamente (sí/no).
 - Contactó con una organización/red comunitaria de personas que viven con el VIH para obtener apoyo (sí/no).
 - Otros (especifique).

Estar de acuerdo con cualquiera de estas opciones de respuesta constituiría la búsqueda de una reparación formal o informal.

Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

Desglose

- Grupo de edad (18–19 años, 20–24 años, 25–49 años, más de 50 años).
 - Población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas transgénero y personas que usan drogas inyectables).
 - Género (hombre, mujer, transgénero, otro, prefiere no decir).
 - Tipo de reparación buscada (**formal** = presentó una denuncia y/o contactó con un abogado; **informal** = contactó con un político se pronunció públicamente y/o se puso en contacto con una organización/red comunitaria de personas que viven con el VIH para obtener apoyo; u **otros** = otros).
-

Información adicional solicitada

Ninguna

Puntos fuertes y débiles

Este indicador capta directamente si las personas que viven con el VIH han buscado reparación tras las violaciones de derechos sufridas en los últimos 12 meses.

Los cambios en el indicador deben interpretarse de la siguiente forma: un aumento en el porcentaje indica que se ha progresado para garantizar que los mecanismos de reparación estén disponibles y se utilicen en respuesta a las violaciones de los derechos, mientras que una disminución en el porcentaje indica una reducción de la reparación solicitada tras las violaciones de los derechos y sugiere la necesidad de intervenciones para garantizar la disponibilidad, el acceso, la utilización y la eficacia de los mecanismos de reparación.

Estos datos proporcionarán información importante sobre si las personas que viven con el VIH acceden a los servicios de apoyo legal disponibles, y si utilizan los mecanismos de reparación formales o informales que existen en el país. El indicador no refleja si se ha conseguido resolver la vulneración de derechos. Aunque son indicativos de la reparación que buscan las personas que viven con el VIH en un país o contexto determinado, los datos utilizados para calcular el indicador no son generalizables más allá de las personas que viven con el VIH incluidas en la muestra, ya que los encuestados del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH se seleccionan mediante un muestreo de bola de nieve (frente a los métodos de muestreo aleatorio).

Información adicional

Pruebas para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH: orientación para que los países puedan implementar programas eficaces para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).

Para obtener más información sobre los métodos y los instrumentos del estudio del Índice de estigma de las personas que viven con el VIH, consulte: <https://www.stigmaindex.org/>

6.8 Actitudes discriminatorias del personal de centros de salud hacia las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personal de centros de salud que reporta actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH.

Qué mide

Progreso realizado para reducir las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH entre el personal de los centros de salud.

Justificación

Uno de los factores que impulsan el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los centros de salud son las actitudes y opiniones del personal de los centros de salud hacia las personas que viven con el VIH. Es importante medir los estereotipos y prejuicios del personal de los centros de salud hacia las personas que viven con el VIH. Los valores y las actitudes pueden afectar a si un proveedor trata a los clientes con dignidad; pueden afectar a las opciones de atención sanitaria que se ofrecen a las personas, a qué personas se ofrecen pruebas y cuándo y cómo se ofrecen dichas pruebas; y pueden dar lugar a una evaluación de riesgos inexacta.

Numerador

Número de miembros del personal de los centros de salud que están de acuerdo con alguna de las tres primeras afirmaciones y/o en desacuerdo con la cuarta.

Denominador

Número de miembros del personal de los centros de salud que respondieron al menos a una de las afirmaciones.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Cualquier tipo de encuesta basada en el centro de salud, como la Evaluación de la Prestación de Servicios, las encuestas de garantía de calidad o el Cuestionario del Proyecto de Política Sanitaria para la Medición del Estigma y la Discriminación por VIH entre los Trabajadores de los Centros de Salud. El indicador se construye a partir de las respuestas a la siguiente pregunta:

¿Está usted muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

- A. A la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa si infectan a otras personas.
- B. Las personas que viven con el VIH deberían sentirse avergonzadas de sí mismas.
- C. Las personas se infectan del VIH porque tienen comportamientos irresponsables.
- D. Las mujeres que viven con el VIH deberían poder tener hijos si lo desean.

El numerador incluye a los encuestados que están de acuerdo o muy de acuerdo con cualquiera de las afirmaciones A-C y en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación D.

Las preguntas recomendadas para la construcción de este indicador se seleccionaron de una herramienta más larga, de 25 preguntas, que ha sido validada en entornos sanitarios de varios países.¹

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

¹ Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH entre el personal de los centros de salud, lo que se ha relacionado con una menor participación en la atención y una menor adherencia al tratamiento entre las personas que viven con el VIH. Cada elemento incluido en este indicador capta un aspecto importante del estigma que puede modificarse o mejorarse mediante la intervención:

“A la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa si infectan a otras personas” pretende captar el nivel de culpa del personal asociado a la “propagación” del VIH en la comunidad.

“Las personas se infectan del VIH porque tienen comportamientos irresponsables” está relacionado con la percepción de la responsabilidad de una persona por su infección. Recoge la suposición de que las personas tienen la culpa de contraer el VIH o contrajeron el VIH porque fueron irresponsables con su salud. Es importante identificar esta percepción entre los proveedores. Esta percepción, basada en suposiciones sobre la responsabilidad o la capacidad de una persona para cumplir el tratamiento, puede influir en las decisiones clínicas y llevar a los proveedores a no ofrecer el tratamiento preferido.

“Las personas que viven con el VIH deberían sentirse avergonzadas de sí mismas” se refiere a un componente emocional del estigma.

“Las mujeres que viven con el VIH deberían poder tener hijos” pretende evaluar las opiniones sobre los derechos reproductivos de las mujeres que viven con el VIH.

Este indicador puede estar sujeto al sesgo de deseabilidad social, que se produce cuando los encuestados proporcionan lo que perciben como la respuesta “correcta” o “aceptable” en lugar de lo que realmente creen, lo que lleva a una subestimación del estigma. Incluso con la posibilidad de este tipo de sesgo de respuesta, las pruebas de campo mostraron altos niveles de actitudes estigmatizantes en estas cuatro afirmaciones y en todos los países. Esto sugiere que los niveles de estigma observados serían aún mayores en ausencia de sesgo de respuesta. El uso de cuestionarios autoadministrados en lugar de cuestionarios administrados por entrevistadores puede reducir el sesgo de deseabilidad social al proporcionar una mayor sensación de anonimato.

La investigación ha demostrado que los encuestados que se saltan este tipo de preguntas, incluso debido a la incomodidad con la pregunta, responderán al menos una pregunta si se ofrecen varias preguntas que midan el mismo dominio de estigma. Al ofrecer cuatro preguntas, si un encuestado da una respuesta estigmatizante a al menos uno de los ítems, se le incluye en el numerador y el denominador. El uso de una serie de preguntas ayuda a reducir los datos que faltan y la deseabilidad social en este indicador.

Información adicional

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>, accessed 16 November 2013).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Addo NA, Atuahene K, Alsoufi N, Gyamera E, Jacinthe S, et al. Results from a difference-in-differences evaluation of health facility HIV and key population stigma-reduction interventions in Ghana. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(4):e25483.

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Siraprasiri T, Srithanaviboonchai K, Chantcharas P, Suwanphatthana N, Ongwandee S, Khemngern P, et al. Integration and scale-up of efforts to measure and reduce HIV-related stigma: the experience of Thailand. *AIDS*. 2020;34(Suppl 1):S103–S114.

Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*. 2017;17(1):245.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.9 Actitudes discriminatorias del personal de los centros de salud hacia las poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personal de centros de salud que reportan actitudes discriminatorias hacia las poblaciones clave.

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A Actitudes discriminatorias hacia profesionales del sexo.
- B Actitudes discriminatorias hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C Actitudes discriminatorias hacia las personas que se inyectan drogas
- D Actitudes discriminatorias hacia las personas transgénero.

Qué mide

Progresos hacia la reducción de las actitudes negativas hacia las personas de grupos de población clave entre el personal de los centros de salud.

Justificación

Las actitudes y opiniones del personal sanitario hacia las personas de los grupos de población clave son un factor impulsor del estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los centros sanitarios. En todo el mundo, muchas personas de grupos de población clave, incluidos los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/as profesionales del sexo, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas, experimentan actitudes negativas y acciones perjudiciales en los centros sanitarios, lo que socava su salud y su capacidad para llevar una vida productiva.

Administradores y personal de centros de salud de todo el mundo han demostrado que el estigma y la discriminación pueden abordarse con éxito. Los esfuerzos de reducción del estigma en Brasil, China, Ghana, India, la República Unida de Tanzania y Vietnam han dado lugar a cambios significativos en las actitudes y prácticas del personal de los centros de salud y han mejorado la atención a las personas pertenecientes a poblaciones clave. Preguntar sobre las preferencias de los proveedores en relación con la prestación de servicios puede ayudar a comprender las actitudes discriminatorias hacia las personas de los grupos de población clave.

Numerador

Número de encuestados que estaban de acuerdo con la afirmación estigmatizante.

Denominador

Número total de encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Cualquier tipo de encuesta basada en los establecimientos, como la Evaluación de la prestación de servicios, las encuestas de garantía de calidad o el Cuestionario de establecimientos para medir el estigma y la discriminación por el VIH entre los trabajadores del sector sanitario del Proyecto de políticas sanitarias. El indicador se construye a partir de las respuestas a la siguiente pregunta:

Por favor, díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con la siguiente afirmación:

- A. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a profesionales del sexo.
- B. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a personas que se inyectan drogas.
- D. Si pudiera elegir, preferiría no prestar servicios a personas transgénero.

El numerador incluye a los encuestados que están de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación.

La pregunta recomendada para la elaboración de este indicador se seleccionó a partir de una herramienta de 25 preguntas validada en centros de salud de varios países.¹

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

Ninguno

¹ Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas de poblaciones clave entre el personal de los centros de salud, lo que se ha relacionado con una menor participación en la atención y una menor adherencia al tratamiento. Las preguntas utilizadas para construir este indicador se incluyen en el Cuestionario de establecimientos para medir el estigma y la discriminación por el VIH entre los trabajadores del sector sanitario del Proyecto de políticas sanitarias, que suele aplicarse como parte de una intervención para conseguir centros de salud y servicios relacionados con el VIH libres de estigma. La herramienta ha sido validada en seis países.

Este indicador puede estar sujeto a un sesgo de deseabilidad social si los encuestados responden lo que perciben como la respuesta “correcta” o “aceptable” en lugar de lo que realmente creen, lo que lleva a una subnotificación del estigma. Esto sugiere que los niveles de estigma observados serían más altos en ausencia de sesgo de respuesta. El uso de cuestionarios autoadministrados en lugar de cuestionarios administrados por entrevistadores puede reducir el sesgo de deseabilidad social al proporcionar una mayor sensación de anonimato.

Información adicional

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.10 Actitudes discriminatorias de la policía hacia los grupos de población clave (A-D)

Porcentaje de policías que reportan actitudes discriminatorias hacia personas de poblaciones clave.

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A Actitudes discriminatorias hacia profesionales del sexo.
- B Actitudes discriminatorias hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- C Actitudes discriminatorias hacia las personas que se inyectan drogas.
- D Actitudes discriminatorias hacia las personas transgénero.

Qué mide

Progresos hacia la reducción de las actitudes negativas hacia las personas de grupos de población clave entre la policía.

Justificación

Las personas pertenecientes a grupos de población clave, incluidos los y las profesionales del sexo, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero, a menudo se enfrentan a la estigmatización y la discriminación por parte de la policía, lo que aumenta su riesgo de infección por el VIH. Los abusos físicos y sexuales, el acoso, el chantaje por parte de la policía y los guardias de prisiones y las detenciones y encarcelamientos injustos han sido reportados por personas de poblaciones clave en diversos entornos.

Varios proyectos de investigación y estudios de caso han demostrado que no podemos acabar con el sida como amenaza para la salud pública cuando las personas más afectadas están excluidas de la igualdad de acceso a los servicios. Para reducir y mitigar el estigma y la discriminación que sufren las personas pertenecientes a grupos de población clave en los entornos judiciales, es necesario medir de forma rutinaria las actitudes y prácticas de los agentes de policía hacia las personas pertenecientes a grupos de población clave para fundamentar las intervenciones.

Los titulares de deberes, como políticos, legisladores, agentes de policía y abogados, pueden ser agentes positivos del cambio en lo que respecta al estigma y la discriminación y al acceso a la justicia y pueden recibir formación y apoyo para desempeñar este papel fundamental.

Numerador

A. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" al menos a uno de los ítems 1-4 y/o "no" al menos a uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas que venden sexo.
- 2 Los y las profesionales del sexo merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
- 3 Está bien regañar o insultar verbalmente a los y las profesionales del sexo.
- 4 Confiscar los preservativos de los y las profesionales del sexo es aceptable.
- 5 Los y las profesionales del sexo tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Los y las profesionales del sexo merecen ser tratados con respeto.
- 7 Debería investigar los delitos reportados por profesionales del sexo.

B. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" a por lo menos uno de los ítems 1-4 y/o "no" a por lo menos uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a los hombres homosexuales y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 2 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son delincuentes.
- 3 No me fío de la palabra de un hombre homosexual y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que reporta un delito.
- 4 Es apropiado regañar o insultar verbalmente a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 5 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres merecen ser tratados con respeto.
- 7 Debo investigar los delitos reportados por hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

C. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" a por lo menos uno de los ítems 1-4 y/o "no" a por lo menos uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas que se inyectan drogas.
- 2 Las personas que se inyectan drogas merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
- 3 Está bien regañar o insultar verbalmente a las personas que se inyectan drogas.
- 4 Las personas que reportan o ayudan a una persona que está sufriendo una sobredosis deben ser arrestadas o detenidas.
- 5 Las personas que se inyectan drogas tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
- 6 Las personas que se inyectan drogas merecen ser tratadas con respeto.
- 7 Debería investigar los delitos reportados por alguien que se inyecta drogas.

D. Número de encuestados que reportan actitudes discriminatorias respondiendo "sí" al menos a uno de los ítems 1-4 y/o "no" al menos a uno de los ítems 5-7

- 1 Está bien agredir físicamente a las personas transgénero.
 - 2 Las personas transgénero merecen menos asistencia y protección policial que otras personas.
 - 3 No me fío de las palabras de las personas transgénero que reportan delitos.
 - 4 Está bien regañar o insultar verbalmente a las personas transgénero.
 - 5 Es aceptable obligar a las personas transgénero a vestirse como correspondería a su sexo original si son detenidas.
 - 6 Las personas transgénero tienen el mismo derecho que los demás a acceder a los espacios públicos.
 - 7 Las personas transgénero merecen ser tratadas con respeto.
-

Denominador

Número total de encuestados.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Encuesta sobre las actitudes de la policía hacia las poblaciones clave. Los indicadores se construyen a partir de las respuestas a siete ítems. Algunos ítems son similares en las cuatro poblaciones clave y otros son específicos de cada población. Para más información sobre la aplicación de la encuesta, incluido el muestreo, véase el resumen técnico de esta encuesta.

Frecuencia de medición

Cada 3-5 años.

Desglose

- Género (hombre, mujer, otro).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador evalúa directamente las actitudes discriminatorias hacia las personas de poblaciones clave entre la policía, que se han relacionado con un mayor riesgo de contraer el VIH, un peor acceso a los servicios y una menor adherencia al tratamiento del VIH. Las preguntas se desarrollaron con aportaciones de expertos técnicos en estigma y discriminación de poblaciones clave, se probaron previamente con agentes de policía de distintos rangos y se probaron y validaron con agentes de policía en Sudáfrica.

Las preguntas recomendadas evalúan el acuerdo con situaciones hipotéticas en lugar de medir los sucesos de discriminación presenciados. Por lo tanto, es posible que se produzca un sesgo de deseabilidad social que dé lugar a una subnotificación de las actitudes discriminatorias.

Lo ideal sería que, además de realizar encuestas que midan la prevalencia de actitudes discriminatorias entre la policía, se recopilaran datos cualitativos que informaran sobre los orígenes de la discriminación. También es aconsejable recopilar de forma rutinaria datos de personas pertenecientes a poblaciones clave sobre sus experiencias de estigma y discriminación (por ejemplo, mediante encuestas bioconductuales) y comparar los resultados con los datos derivados del indicador de actitudes discriminatorias.

El análisis de los datos desglosados por diversas características de los agentes de policía encuestados, como el género, la edad y el rango, puede aportar más información para los programas.

Información adicional

Amon JJ, Sun N, Iovita A, Jurgens R, Csete J. Addressing stigma is not enough. *Health Hum Rights*. 2022;24(2):111–114.

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 6 November 2023).

Decker MR, Lyons C, Guan K, Mosenge V, Fouda G, Levitt D, et al. A systematic review of gender-based violence prevention and response interventions for HIV key populations: female sex workers, men who have sex with men, and people who inject drugs. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):676–694.

Footer K, Silberzahn B, Tormohlen K, Sherman S. Policing practices as a structural determinant for HIV among sex workers: a systematic review of empirical findings. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20883.

Nick GA, Williams S, Lekas HM, Pahl K, Blau C, Kamin D, et al. Crisis Intervention Team (CIT) training and impact on mental illness and substance use-related stigma among law enforcement. *Drug Alcohol Depend Rep*. 2022;5:100099.

Polonsky M, Azbel L, Wegman M, Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Preincarceration police harassment, drug addiction and HIV risk behaviours among prisoners in Kyrgyzstan and Azerbaijan: results from a nationally representative cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20880.

Schneiders M, Weissman A. Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20878.

Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/978-92-4-151301-2>, accessed 7 November 2023).

7.1 Hepatitis viral entre grupos de población clave

Prevalencia de la hepatitis y coinfección con el VIH entre grupos de población clave

Qué mide

Comorbilidad con el VIH y necesidad potencial de tratamiento apropiado

Justificación

En los últimos tiempos la apreciación de la coinfección por hepatitis y VIH ha mejorado sustancialmente. Muchas personas que viven con el VIH que reciben terapias antirretrovirales mueren por enfermedad hepática resultante de cuadros de hepatitis vírica no tratados. Los regímenes de tratamiento del VIH pueden ajustarse para tratar cuadros crónicos de infección por el virus de la hepatitis B. Está disponible un nuevo tratamiento para la hepatitis C altamente eficaz que presenta un alto índice de eliminación del virus independientemente del subtipo del virus de la hepatitis C. Cuantificar la carga de hepatitis que existe entre grupos de población clave que viven con el VIH puede ayudar a las autoridades nacionales competentes en actuaciones de planificación a fin de determinar los recursos necesarios para dar respuesta a esta epidemia.

Numerador

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C

o

Número de personas de una población clave que dan positivo en la prueba del antígeno de superficie de la hepatitis B

y

Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos sobre el VIH junto con una de las dos anteriores situaciones

Denominador

Número de encuestados que han recibido resultados positivos para uno o ambos tipos de hepatitis, B y C.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Frecuencia de medición

Cada 2 años

Desglose

- Personas que se inyectan drogas inyectables: Edad (<25 años y 25+ años)
 - Personas que se inyectan drogas inyectables: Género (hombres, mujeres y transgénero)
 - Grupos de población clave (trabajadora/es del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero)
-

Información adicional solicitada

Si el algoritmo de las pruebas está disponible para pruebas de detección de la hepatitis C, deberá incluirse esa información, especialmente si se realizan pruebas complementarias o RCP.

Puntos fuertes y débiles

En general, no se dispone de estimaciones basadas en probabilidades sobre coinfección con el VIH y el virus de la hepatitis C o con el VIH y el virus de la hepatitis B entre grupos de población clave, aunque a través de diversas encuestas bioconductuales se han realizado pruebas sobre anticuerpos de la hepatitis. Mejorar el conocimiento sobre coinfecciones ayudará a mejorar los programas de tratamiento y también a maximizar la supervivencia entre las poblaciones afectadas. El número de personas coinfectadas será probablemente bajo, con la posible excepción de la población que se inyecta drogas, por lo que los intervalos de confianza serán amplios.

Información adicional

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, ONUSIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017 (<https://www.inpud.net/en/duit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-people-who-inject-drugs>).

7.2 Gestión de la hepatitis viral C

Porcentaje de personas que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba de detección de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), se les diagnosticó y se les trató

Qué mide

Este indicador mide la cascada de pruebas y tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C entre las personas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral: la proporción de personas a las que se les realizó la prueba de detección de la infección crónica por el VHC; la proporción de personas a las que se les diagnosticó la infección crónica por el VHC; y la proporción de personas a las que se les inició el tratamiento para el VHC entre aquellas a las que se les diagnosticó la infección crónica por el VHC.

El indicador monitorea las tendencias en las pruebas del VHC, una intervención crítica para evaluar las necesidades relacionadas con la gestión de la infección crónica por el VHC. Las pruebas del VHC proporcionan información sobre la prevalencia de la coinfección por el VIH y el VHC, informando a los médicos sobre la necesidad de una adicional evaluación clínica y de laboratorio y tratamiento.

Justificación

Medir la carga de hepatitis entre las personas que viven con el VIH y en las poblaciones de riesgo puede ayudar a los planificadores nacionales a determinar los recursos necesarios para abordar tanto el VIH como el VHC. Las pruebas para detectar la coinfección por el VHC entre las personas que viven con el VIH pueden informar a los médicos sobre la necesidad de realizar más evaluaciones clínicas y de laboratorio, así como de adaptar el tratamiento. La prevalencia de la coinfección por el VHC es especialmente alta entre las personas viviendo con VIH que usan drogas inyectables.

Muchas personas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral mueren a causa de una enfermedad hepática provocada por el VHC crónico no tratado. La realización de pruebas del VHC a las personas que viven con el VIH identifica la coinfección por el VIH y el VHC y permite adaptar el tratamiento. Existe un tratamiento contra el VHC muy eficaz con una alta tasa de eliminación del virus, independientemente del subtipo.

La OMS recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas con VHC crónico para lograr la curación del VHC. Este indicador mide los progresos realizados para proporcionar tratamiento a todas las personas que viven con el VIH coinfectadas por el VHC crónico.

Numerador

- A. Número de personas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral a las que se realizó la prueba del VHC utilizando la secuencia recomendada (anti-VHC seguido de ARN del VHC o antígeno del VHC) durante el periodo de reporte.
- B. Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral a las que se ha diagnosticado infección crónica por el VHC (ARN del VHC positivo (PCR) o antígeno core del VHC) al final del periodo de reporte.
- C. Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral diagnosticadas con infección crónica por el VHC que han iniciado tratamiento contra el VHC al final del periodo de reporte.

Denominador

- A. Número de personas que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral durante el periodo de reporte.
- B. Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral a las que se realizó la prueba del VHC¹ utilizando la secuencia recomendada (anti-VHC seguido de ARN del VHC o antígeno del VHC) durante el periodo de reporte.
- C. Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral y coinfectadas por el VHC crónico a las que se les ha diagnosticado un ARN del VHC positivo (PCR) o un antígeno core del VHC al final del periodo de reporte.²

Cálculo

Numerador A/Denominador A

Numerador B/Denominador B

Numerador C/Denominador C

Método de medición

El numerador y el denominador se calculan a partir de las historias clínicas de los centros de salud que proporcionan tratamiento y atención del VIH.

Frecuencia de medición

Anual.

¹ La infección crónica por el VHC se define como la presencia de viremia (ARN del VHC o antígeno central del VHC) asociada a serología positiva para anticuerpos del VHC.

² Quedarían excluidas todas las personas a las que ya se les hubiera diagnosticado la infección por el VHC pero que hubieran recibido tratamiento y se hubieran curado o que hubieran eliminado la infección de forma espontánea.

Desglose

- Personas que usan drogas inyectables
 - Personas recientemente inscritas en terapia antirretroviral
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Las personas anti-VHC positivas tienen evidencia serológica de una infección pasada o presente. Las personas anti-VHC positivas deben someterse a pruebas de detección del ARN del VHC (que detecta el VHC circulante en la sangre) para diferenciar las infecciones resueltas de las infecciones actuales que requieren tratamiento.

Este indicador monitorea periódicamente los avances en las actividades de detección y tratamiento del VHC. No refleja la proporción general de personas coinfectadas por el VIH y el VHC que reciben terapia antirretroviral y que conocen su coinfección por el VHC.

Este indicador también monitorea el acceso al tratamiento contra el VHC de las personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral y están coinfectadas por el VHC. El punto débil es que sólo refleja un año de actividad. Describir el efecto acumulativo de las personas coinfectadas por el VIH y el VHC que inician el tratamiento requiere recopilar datos acumulativos sobre el número de personas que inician el tratamiento y tener en cuenta a las personas recién infectadas por el VHC y reinfectadas por el VHC en el denominador.

La recopilación de información sobre el uso pasado o actual de drogas inyectables permite presentar datos desglosados sobre las personas que usan drogas inyectables. Registrar información sobre comportamientos estigmatizados y comúnmente criminalizados, como el uso de drogas, supone un riesgo cuando se puede identificar a una persona. Se deben realizar esfuerzos para garantizar que las historias clínicas y los registros de pacientes eviten revelar información que permita identificar a personas con comportamientos estigmatizados o criminalizados.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052734>).

Consolidated guidelines on person-centred viral hepatitis strategic information: using data to support country scale-up of hepatitis prevention, diagnosis and treatment services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091313>).

7.3 Prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave (A, B, D)

Prevalencia de la sífilis en poblaciones clave específicas

Este indicador se divide en tres subindicadores:

- A. Prevalencia de la sífilis entre profesionales del sexo.
- B. Prevalencia de la sífilis entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- D. Prevalencia de la sífilis entre las personas transgénero.

Qué mide

Avances en la reducción de la prevalencia de la sífilis entre grupos de población clave

Justificación

La prevalencia de la sífilis suele ser mucho mayor en las poblaciones clave que en la población general. La reducción de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave es importante para la salud de las poblaciones y también una medida crítica de la respuesta a la sífilis a nivel nacional.

El uso cada vez más frecuente de pruebas rápidas para la detección de la sífilis ha aumentado el acceso a las pruebas de sífilis en entornos que antes no tenían capacidad. Como resultado, este indicador se ha ampliado a la prevalencia de la sífilis en lugar de centrarse únicamente en la sífilis activa.

Las pruebas de sífilis en poblaciones clave son un componente de la vigilancia del VIH de segunda generación.

Numerador

Número de personas de una población clave que reciben resultados positivos en las pruebas de sífilis

Denominador

Número de personas de una población clave sometidas a pruebas de sífilis

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Este indicador se calcula a partir de los datos de las pruebas de sífilis realizadas a los encuestados en los sitios centinela o a los participantes en las encuestas bioconductuales o en los servicios regulares de detección de infecciones de transmisión sexual. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

El cribado puede realizarse mediante una prueba no treponémica (por ejemplo, el laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o la reagina plasmática rápida [RPR]) o una prueba treponémica (por ejemplo, el ensayo de hemaglutinación del *Treponema pallidum* [TPHA], la prueba de aglutinación de partículas del *Treponema pallidum* [TPPA], el inmunoensayo enzimático o la prueba treponémica rápida). Aunque las pruebas serológicas no treponémicas son sensibles, carecen de especificidad y pueden dar lugar a falsos positivos. Las pruebas treponémicas son más específicas pero no pueden diferenciar entre la infección actual y la pasada o entre la infección tratada y la no tratada. Para el propósito de este indicador (destinado a medir la seropositividad), es aceptable la notificación de la positividad basada en el resultado de una sola prueba. Sin embargo, si se dispone de los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas de una persona individual, la positividad a la sífilis debe definirse como la obtención de resultados positivos en ambas pruebas. Los países deben informar del algoritmo de pruebas utilizado para determinar la positividad, de modo que las estimaciones de prevalencia puedan ajustarse para observar las tendencias a lo largo del tiempo y generar estimaciones regionales y globales.

Frecuencia de medición

Anual (datos del programa) o cada dos años (encuesta bioconductual).

Desglose

A,B,D: Edad (<25 años y 25+ años)

A: Género (hombres, mujeres y transgénero)

D: Género (hombre transgénero, mujer transgénero, otro).

Información adicional solicitada

Por favor, documente en la sección de comentarios el algoritmo si éste ha cambiado desde el último informe de Monitoreo Global del Sida.

Por favor, comente en qué medida los datos se consideran representativos de la población nacional.

Puntos fuertes y débiles

Comprender la forma en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones más amplias que comparten comportamientos de alto riesgo resulta esencial para interpretar este indicador. Las tendencias de la prevalencia de la sífilis entre las poblaciones clave de la capital proporcionan una indicación útil del rendimiento de los programas de prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en esa localidad, pero pueden no ser representativas de la situación en el conjunto del país. La adición de nuevos centros centinela aumenta la representatividad de la muestra y, en consecuencia, ofrece una estimación puntual más sólida de la prevalencia de la sífilis. Sin embargo, añadir nuevos centros centinela reduce la comparabilidad de valores a lo largo del tiempo. Por lo tanto, cualquier cambio en el número de centros que proporcionan datos debe documentarse en la sección de comentarios.

Son escasas las encuestas que cubren exclusivamente a las personas transgénero. La mayor parte de los datos sobre comunidades transgénero se extraen de encuestas sobre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o sobre profesionales del sexo. El entorno de riesgo que se registra en la mayoría de las comunidades transgénero es elevado, lo que sitúa a las mujeres transgénero en un riesgo especialmente alto de contraer una infección de transmisión sexual y de transmitirla. Si se encuesta a mujeres transgénero en encuestas sobre profesionales del sexo, deberán incluirse los datos relativos a profesionales del sexo como desglose. Si se encuesta a personas transgénero en encuestas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, deberá incluirse esos datos bajo la pestaña "transgender" (transgénero).

La realización de pruebas tanto no treponémicas como treponémicas aumenta la probabilidad de que el número de pruebas positivas notificado represente una infección activa. Sin embargo, algunos países sólo disponen de información para un tipo de prueba. Por favor, indique en los campos de comentarios si las prácticas de pruebas de sífilis han cambiado, ya que habrá que tenerlo en consideración a la hora de interpretar las tendencias de la enfermedad.

Información adicional

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

7.4 Hombres con secreción uretral

Número de hombres que han reportado secreción uretral en los últimos 12 meses

Qué mide

Carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres

Justificación

La secreción uretral masculina suele estar causada por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. Los hombres con uretritis (inflamación de la uretra) suelen presentar secreción uretral con o sin disuria (dolor al orinar). La secreción uretral no tratada puede provocar infertilidad y facilitar la transmisión y adquisición del VIH.

Los datos sobre la secreción uretral proporcionan información sobre la carga de infecciones de transmisión sexual en los hombres y constituyen un marcador de relaciones sexuales sin protección. El seguimiento de la secreción uretral es fundamental como indicador indirecto de la carga de gonorrea. *N. gonorrhoeae* ha mostrado una resistencia cada vez mayor a las opciones de tratamiento recomendadas y puede hacer que esta infección sea intratable.

Numerador

Número de hombres que reportan secreción uretral durante el período reportado.

Denominador

Número de hombres de ≥ 15 años.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Sistemas rutinarios de información sanitaria (numerador).

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Se solicita a los países que indiquen en qué medida los datos reportados son representativos de la población nacional y que informen sobre cómo esto impactaría en la interpretación de los datos. Se solicita a los países también indicar si los datos reportados a GAM incluyen datos de proveedores del sector privado.

Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha proporcionado una definición global de caso, la definición real de caso varía de un país a otro y dentro de un mismo país. Los datos sobre el número de hombres con secreción uretral y las tendencias a lo largo del tiempo proporcionan una medida aproximada de los casos incidentes de infecciones de transmisión sexual en una población.

Los datos sobre flujo vaginal entre las mujeres, aunque útiles para fines de vigilancia a nivel local y nacional, no se solicitan a nivel mundial porque, en muchos entornos, las infecciones de transmisión sexual no causan la mayoría de los casos de flujo vaginal. En muchos países, este indicador no se recoge sistemáticamente en todos los centros de salud.

Los países deben evaluar periódicamente las causas del síndrome de secreción uretral para comprender la etiología y los patrones de resistencia a los antimicrobianos a fin de informar las directrices de tratamiento apropiadas.

Información adicional

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization. 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>).

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>).

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

7.5 Gonorrea entre los hombres

Tasa de gonorrea diagnosticada en laboratorio entre hombres en países con capacidad de diagnóstico en laboratorio

Qué mide

Carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres.

Justificación

La infección gonocócica no tratada en los hombres puede provocar secreción uretral e infertilidad y facilitar la transmisión del VIH. Los datos sobre el número de hombres que dan positivo en las pruebas de *N. gonorrhoeae* proporcionan información sobre la prevalencia de la infección y la carga de las infecciones de transmisión sexual en los hombres y constituyen un marcador de las relaciones sexuales sin protección o sin preservativo. Los datos sobre la positividad de las pruebas de gonorrea son importantes para comprender los retos impuestos por la creciente resistencia a las opciones de tratamiento recomendadas actualmente.

Numerador

Número de hombres reportados con gonorrea diagnosticada por laboratorio en los últimos 12 meses.

Denominador

Número de hombres de ≥ 15 años.

Cálculo

Numerador/denominador.

Método de medición

Sistemas rutinarios de información sanitaria o vigilancia de laboratorios.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Se solicita a los países que indiquen en qué medida los datos reportados son representativos de la población nacional y que informen sobre el impacto que esto tendría en la interpretación de los datos. Se solicita a los países también indicar si los datos reportados a GAM incluyen datos de proveedores del sector privado.

Puntos fuertes y débiles

La capacidad para realizar pruebas de detección de *N. gonorrhoeae* varía de un país a otro y dentro de un mismo país. En muchos países, las personas con síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual reciben tratamiento en función de sus síntomas y no de los resultados de las pruebas.

Los datos sobre la gonorrea entre las mujeres, aunque útiles para fines de seguimiento a nivel local y nacional, no se solicitan a nivel mundial porque la mayoría de las mujeres con *N. gonorrhoeae* son asintomáticas y las pruebas de diagnóstico sensibles para la gonorrea en mujeres no están ampliamente disponibles en los países de ingresos bajos y medios.

Información adicional

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>),

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP): general protocol. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341333/9789240021341-eng.pdf?sequence=1>).

7.6 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis

Porcentaje de personas que viven con el VIH con tuberculosis incidente que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH

Qué mide

Progreso en la detección y el tratamiento de la TB y el VIH entre las personas con TB asociada al VIH B

Justificación

La TB es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, incluso las que reciben terapia antirretroviral. El tratamiento oportuno de la TB y la terapia antirretroviral temprana son fundamentales para reducir la mortalidad por TB asociada al VIH y deben ser la actividad de máxima prioridad tanto para el Programa de lucha contra el SIDA y el Programa nacional sobre la TB. Por lo tanto, es muy importante medir el porcentaje de pacientes VIH-positivos con TB que acceden al tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

Numerador

Número de personas viviendo con VIH con TB (nueva o recaída) que iniciaron un tratamiento contra la TB durante el período de notificación, que ya se sometieron a una terapia antirretroviral o que la comenzaron durante el tratamiento de la TB durante el año de notificación

Denominador

Número estimado de personas viviendo con VIH con casos incidentes de TB

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Para el numerador: Registros e informes de la terapia antirretroviral en las instalaciones; herramientas de vigilancia del programa. Cuente el número total de pacientes VIH-positivos nuevos y que recaen de TB que iniciaron el tratamiento para la TB (según el registro de TB) y la terapia antirretroviral, o aquellos que ya recibían terapia antirretroviral (según el registro de terapia antirretroviral). La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de TB en las unidades básicas de manejo relevantes antes de la consolidación y notificación.

Para el denominador: Datos del programa y estimaciones de personas viviendo con VIH con TB incidente. La OMS calcula una estimación personas viviendo con VIH con TB incidente. Las estimaciones del denominador, están disponibles solo en agosto del año del informe y no es necesario proporcionarlas en el momento de la notificación. Las estimaciones para 2023 están disponibles en <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deben recopilarse continuamente en el establecimiento, conciliarse con los registros de TB y agregarse con regularidad, preferiblemente de manera mensual o trimestral y notificarse de manera anual. Aquí debe indicarse el año más reciente para el que se dispone de datos y estimaciones.

Desglose

Ninguno.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La detección y el tratamiento adecuados de la TB prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga comunitaria de TB. La OMS proporciona estimaciones anuales de la carga de TB entre las personas que viven con el VIH, según las mejores estimaciones del país disponibles sobre la prevalencia del VIH y la incidencia de la TB. Todas las personas que viven con el VIH y que se infectaron recientemente con TB deben comenzar el tratamiento y la terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas posteriores al inicio del tratamiento de TB, independientemente del recuento de CD4. Las personas con VIH y TB con inmunosupresión profunda (como recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm³) deben recibir terapia antirretroviral dentro de las dos primeras semanas después de iniciar el tratamiento de TB. El tratamiento de la TB debe iniciarse de acuerdo con las directrices del programa nacional de TB.

Este indicador mide hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de TB y VIH asegura que las personas que viven con el VIH y la TB puedan acceder al tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, este indicador se verá afectado por la escasa aceptación de las pruebas de VIH, el escaso acceso a los servicios de atención del VIH y la terapia antirretroviral y el bajo acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB. Se debe hacer referencia a los indicadores por separado para cada uno de estos factores al interpretar los resultados de este indicador.

Es importante que quienes brinden atención y terapia antirretroviral para el VIH registren el diagnóstico y el tratamiento de la TB, ya que esta información tiene implicaciones para la idoneidad de la terapia antirretroviral y la elección del régimen antirretroviral. Por tanto, se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de la TB se anote en el registro antirretroviral.

Información adicional

WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012).
(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf?sequence=1).

Global tuberculosis report 2024. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024
(<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>).

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.7 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa

Número total de personas que viven con el VIH que tienen tuberculosis (TB) activa expresado como porcentaje de las que recientemente inscritas en tratamiento para el VIH durante el periodo de notificación

Qué mide

La carga de TB activa entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en tratamiento para el VIH por primera vez. También cuantifica indirectamente los esfuerzos para detectar de forma temprana la TB asociada a VIH.

Justificación

Los objetivos principales del cribado de TB en entornos de atención al VIH y de pruebas y asesoramiento sobre VIH iniciados por el proveedor para personas diagnosticadas con TB son la detección temprana de cuadros de TB asociados con el VIH y la pronta provisión de terapias antirretrovirales y de tratamiento para TB. Aunque deberá intensificarse la búsqueda de casos de TB entre todas las personas que viven con el VIH en cada visita que se haga a centros de atención y tratamiento para el VIH, es especialmente importante en el momento en que esas personas se inscriben en los servicios, ya que el riesgo de cuadros de TB no detectados es mayor entre pacientes que se inscriben en el tratamiento que entre los que ya están recibiendo terapias antirretrovirales. Además, las personas con TB que se inscriben en servicios de atención médica y que viven con el VIH pueden tener menor conocimiento de los síntomas y de la importancia de la detección temprana y el tratamiento, por lo que es posible que no busquen atención médica para síntomas generales o específicos de la tuberculosis. Una búsqueda intensificada de casos ofrece la oportunidad de formar a las personas que viven con el VIH y de permitir detectar antes los cuadros de TB. Todas las personas que viven con el VIH en las que se detecte TB deberán iniciar tratamiento contra TB de forma inmediata y terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes (si aún no están recibiendo terapia antirretroviral).

Numerador

Número total de personas que viven con el VIH recientemente registradas en el tratamiento del VIH diagnosticadas con TB durante el periodo de notificación

Denominador

Número total de personas recientemente registradas en el tratamiento del VIH (es decir, aquellas registradas para terapia antirretroviral durante el periodo de notificación)

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El resultado de las actuaciones de investigación sobre TB en personas que viven con el VIH de las que se supone que padecen TB deberá registrarse en las tarjetas de terapia antirretroviral para el VIH (en la columna sobre "Investigaciones" en la sección Encuentros) y en los registros sobre terapias antirretrovirales (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente). De modo similar, las personas diagnosticadas con TB que sean VIH-positivos deberán ser inscritos en tratamiento para el VIH y deberá registrarse su situación en relación con la enfermedad de la tuberculosis en la tarjeta y registros sobre terapia antirretroviral.

Para el numerador. A la conclusión del periodo de notificación, contabilizar el número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito por primera vez en tratamiento para el VIH que fueron diagnosticadas con TB. Los datos deben proceder de servicios y fuentes de datos relacionados con la TB y el VIH.

Para el denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH y se registran por primera vez para recibir tratamiento para el VIH (es decir, aquellas que empezaron terapia antirretroviral durante el periodo de notificación).

La información sobre el estado de la tuberculosis en los registros de terapias antirretrovirales deberá actualizarse y conciliarse con los registros sobre TB en las unidades básicas de gestión relevantes antes de su consolidación y presentación a niveles superiores.

Véase el Anexo 5 para una mayor comprensión del indicador.

Frecuencia de medición

Los datos deberán registrarse diariamente y notificarse a nivel nacional o subnacional como parte de los procedimientos de información trimestral de rutina. Asimismo, los datos deberán enviarse de forma anual al ONUSIDA.

Desglose

Ninguna.

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Revisar las tendencias en TB entre las personas que viven con el VIH que se registran por primera vez para el tratamiento durante un determinado periodo puede ofrecer información útil sobre: (a) la carga de TB que se da entre ellas; y (b) la eficacia de los esfuerzos que se hacen para detectar y tratar cuadros de tuberculosis asociados con el VIH de forma pronta.

Este indicador puede subestimar la actual carga de TB asociada con el VIH ya que puede excluir a: (a) pacientes que sean detectados a través de pruebas y asesoramiento sobre el VIH iniciados por el proveedor sanitario pero no inscritos en tratamiento del VIH (b) o que hayan difundido formas de TB, que permanezcan asintomáticos y que se pasaron por alto durante pruebas rutinarias de detección de TB. Un valor alto en este indicador puede denotar altos índices de TB o pruebas de detección de TB eficaces y también programas de pruebas sobre VIH eficaces, mientras que un valor bajo puede reflejar malas prácticas de detección de TB o de las pruebas sobre el VIH, o también actuaciones de control sobre TB exitosas. En consecuencia, este indicador deberá interpretarse de forma cautelosa.

Información adicional

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.8 Personas que viven con el VIH que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas en terapia antirretroviral que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) durante el periodo de referencia

Qué mide

El grado en que las personas que están en terapia antirretroviral iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar tuberculosis activa y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH deben someterse a pruebas de detección de la tuberculosis en cada visita al centro de salud utilizando un algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan tuberculosis activa y se les deba ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. La OMS recomienda una serie de herramientas de cribado que pueden utilizarse para descartar la tuberculosis activa (por ejemplo, radiografía de tórax, proteína c reactiva).

A los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual, se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis, independientemente de que reciban o no una terapia antirretrovírica.

Numerador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación que también iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.
 2. Número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral y que iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo de notificación.
-

Denominador

1. Número total de personas inscritas por primera vez en la terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
 2. Número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral durante el periodo del informe.
-

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El tratamiento preventivo de la tuberculosis debe iniciarse para todas las personas seropositivas que reúnan los requisitos y la fecha de inicio debe registrarse en la tarjeta de atención al VIH/tratamiento antirretroviral (sección Encuentros). Aquellos que acepten el tratamiento y reciban al menos la primera dosis deberán ser registrados en los registros de terapia antirretroviral (en la columna de inicio de tratamiento preventivo de la tuberculosis, mes y año).

1. **Numerador.** Recuento del número total de personas que viven con el VIH que se han inscrito recientemente en la terapia antirretroviral durante el periodo de notificación y que también han comenzado el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el mismo periodo de notificación (es decir, los que han recibido al menos una dosis del régimen)

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH inscritas por primera vez en la terapia antirretrovírica durante el periodo del informe.

2. **Numerador.** Recuento del número total de personas que están recibiendo terapia antirretroviral (independientemente de cuándo iniciaron la terapia antirretroviral) y que también iniciaron un tratamiento preventivo contra la tuberculosis durante el periodo actual notificación (es decir, los que recibieron al menos una dosis del régimen).

Denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH y que están recibiendo terapia antirretroviral (independientemente de cuándo iniciaron la terapia antirretroviral).

Se solicita a los países que informen sobre 1 y/o 2, según su disponibilidad.

Si está disponible, se les pide que indiquen también el número de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que han recibido alguna vez un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (excluyendo a los que lo recibieron durante el periodo de notificación actual).

Frecuencia de medición

Los datos sobre las personas que iniciaron la terapia antirretroviral y el tratamiento preventivo de la tuberculosis deben registrarse diariamente y notificarse trimestralmente a nivel nacional o subnacional. Deben consolidarse anualmente y notificarse a ONUSIDA.

Desglose

- Edad (<5 años, 5-15 años, +15 años).
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Este indicador proporciona información sobre el progreso hacia la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis entre todas las personas que viven con el VIH. A menos que se recopilen más datos, este indicador no proporciona información sobre el número de personas que se adhieren al tratamiento o lo completan.

Para una planificación y gestión de medicamentos precisas, es necesario recopilar información más detallada además de este indicador. Se puede usar un registro basado en farmacia para registrar la asistencia del cliente y la recogida de medicamentos. Como alternativa, el centro de tratamiento del VIH puede mantener un registro de tratamiento preventivo de la tuberculosis en paralelo con el registro de la terapia antirretroviral. Dicho registro puede proporcionar información valiosa sobre el número de pacientes nuevos y continuos en tratamiento preventivo de la tuberculosis, así como sobre las tasas de finalización del tratamiento y los acontecimientos adversos.

Información adicional

1. Directrices de la OMS sobre la prevención y el control de la infección por tuberculosis. Actualización de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>).
 2. Directrices consolidadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).
-

7.9 Porcentaje de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis entre los que iniciaron el tratamiento preventivo contra la tuberculosis

Porcentaje de personas que viven con el VIH que inician un tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) y están en terapia antirretroviral y que completan un curso de tratamiento preventivo contra la TB

Qué mide

Este indicador mide la eficacia de los programas de tratamiento preventivo de la tuberculosis ampliados mediante la evaluación de la proporción de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral que completaron un curso recomendado de tratamiento preventivo de la tuberculosis durante el periodo de notificación.

Justificación

El tratamiento preventivo de la tuberculosis reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis y mejora la supervivencia de todas las personas que viven con el VIH. Completar el tratamiento preventivo de la tuberculosis según lo prescrito optimiza su eficacia. Todas las personas en tratamiento del VIH deben someterse a pruebas de detección de TB en cada visita, mediante el algoritmo clínico recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco probable que los adultos y adolescentes que viven con el VIH y que no informan de ninguno de los síntomas de la tuberculosis – tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna – tengan la enfermedad de tuberculosis y se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la tuberculosis. Del mismo modo, a los niños que viven con el VIH y que no presentan un escaso aumento de peso, fiebre o tos actual se les debe ofrecer un tratamiento preventivo contra la TB; se debe tener especial cuidado para descartar la tuberculosis en los niños desnutridos antes de iniciar el tratamiento preventivo contra la TB.

Aunque muchos países han avanzado en el inicio del tratamiento preventivo de la tuberculosis entre las personas seropositivas que cumplen los requisitos, las tasas de finalización siguen siendo escasas o desconocidas. La evaluación de la finalización del tratamiento preventivo contra la tuberculosis es un elemento crítico de la cascada de servicios contra la tuberculosis y el VIH y es esencial para garantizar el impacto.

Numerador

Entre las personas que viven con el VIH que iniciaron cualquier curso de tratamiento preventivo contra la TB en 2023, el número de personas en terapia antirretroviral que completaron el tratamiento preventivo contra la TB (Figuras 1 y 2).

Denominador

Número de personas en terapia antirretroviral que iniciaron algún curso de tratamiento preventivo contra la TB el 2023.

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

Numerador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o registros médicos electrónicos (EMR)). Contabilizar el número total de personas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral y que inician el tratamiento preventivo contra la TB durante el año de notificación de la cohorte y que completan el curso del tratamiento preventivo contra la TB. El año de informe de la cohorte sería normalmente el último año natural durante el cual se puede evaluar la finalización del tratamiento de todas las personas que lo inician. Como se mencionó anteriormente, para el ciclo de informes de 2025, la cohorte comprendería a los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis durante 2023.

Esto incluye a todas las personas elegibles para el tratamiento preventivo de la TB que empezaron el tratamiento preventivo de la TB (incluyendo a los nuevos en la terapia antirretroviral y a los que están actualmente en tratamiento) y que completaron el tratamiento preventivo de la TB durante el mismo año o el siguiente. La finalización del tratamiento preventivo de la tuberculosis debe determinarse sobre la base de las directrices clínicas nacionales utilizando criterios relacionados a la duración y composición del régimen específico (ver el WHO operational handbook on tuberculosis—module 1: prevention).

Denominador: Registros del programa (por ejemplo, registros de terapia antirretroviral o EMRs). Contar el número total de personas que viven con el VIH que estaban en terapia antirretroviral y que iniciaron un curso de tratamiento preventivo contra la tuberculosis de la cohorte (2023 para el reporte de 2025). Si una persona iniciada en el tratamiento preventivo contra la TB fallece antes de completar el tratamiento preventivo contra la TB, debe registrarse en el denominador, pero no en el numerador.

Esto refleja un enfoque de cohorte anual en el que los informes de 2025 se basan en los que iniciaron el tratamiento preventivo de la tuberculosis en 2023, independientemente de si lo completaron en 2023 o en 2024.

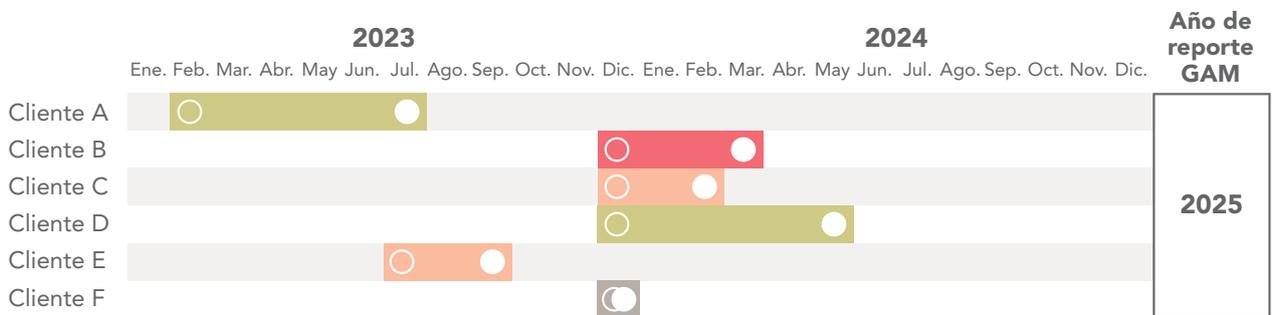
Ilustración de la cohorte de finalización

Figura 1: Cohorte de inicio de TPT y finalización de TPT para informar al GAM en 2025



*TPT = Tratamiento preventivo de TB

Figura 2. Ejemplos de cohortes de iniciación y finalización de TPT para reportar en GAM en 2025:



Leyenda

- TPT iniciado
- TPT completado
- 6 INH (seis meses de monoterapia con isoniazida), 6Lfx (6 meses de monoterapia diaria con levofloxacino)
- 4R, cuatro meses de rifampicina diaria
- 3HP (tres meses de isoniazida más rifapentina una vez a la semana), 3HR (3 meses de rifampicina diaria más isoniazida)
- 1HP (1 mes de rifapentina diaria más isoniazida)

Frecuencia de medición

Anual. Puede ser conveniente una periodicidad más frecuente que la anual (por ejemplo, la presentación de informes trimestrales para informar más oportunamente de los pacientes con un nuevo régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis)

Desglose

- Género (femenino, masculino, transgénero).
- Edad (<5 años, 5-14 años, 15 años o más).
- Tipo de régimen de tratamiento preventivo de la tuberculosis (si el país puede informar sobre el desglose).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador proporcionaría información más precisa sobre las personas que viven con el VIH que han recibido esta intervención para reducir la incidencia y la mortalidad de la TB entre las personas que viven con el VIH. Ya se probó en el campo a través de los programas del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) durante varios años y se notificó a través del sistema de vigilancia, evaluación y notificación (MER).

Los desafíos incluyen el registro y la presentación de informes incompletos, sistemas de información que pueden no captar la finalización del tratamiento preventivo de la TB, el uso de diferentes criterios para determinar la finalización y dar cuenta de las interrupciones del tratamiento preventivo de la TB, y la implementación subóptima del programa.

Información adicional

WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378535/9789240097773-eng.pdf?sequence=1>).

7.10 Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de cribado

El número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses mediante cualquier prueba de detección

Qué mide

Avances en la ampliación del cribado de la población para la prevención del cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

Justificación

El objetivo de este indicador es evaluar la disponibilidad y la aceptación del cribado para prevenir el cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH. A fin de prevenir el cáncer de cuello uterino invasivo, las mujeres pueden someterse a diversas pruebas para identificar a las que tienen o corren el riesgo de padecer un precáncer de cuello uterino. Existen métodos de cribado y tecnología adecuada de bajo coste que permiten identificar la mayoría de las lesiones pre-cancerígenas en etapas en las que pueden tratarse y curarse fácilmente. Lograr una alta cobertura de cribado de las mujeres -con el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas detectadas por el cribado- puede conducir a una baja incidencia del cáncer cervical invasivo.

El método tradicional para detectar el cáncer de cuello uterino en las mujeres ha sido la citología (la prueba de Papanicolaou, también conocida como frotis). Las pruebas de cribado más recientes incluyen la inspección visual con ácido acético (IVA) y las pruebas moleculares, principalmente las basadas en el ADN del VPH de alto riesgo, que son adecuadas para su uso en todos los entornos. Se han desarrollado también otras pruebas moleculares, así como pruebas de inspección visual más avanzadas basadas en plataformas de inteligencia artificial/aprendizaje automático. El cribado del cáncer de cuello de útero puede realizarse mediante diferentes pruebas de cribado primario y de triaje, y existen numerosas combinaciones o algoritmos que se utilizan en diferentes entornos.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino mediante cualquier prueba de detección

Denominador

n/d

Cálculo

n/d

Método de medición

La cifra se genera contando el número de mujeres que viven con el VIH entre todas las mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 12 meses, utilizando como fuente los datos del programa de detección de cáncer de cuello uterino y/o del programa de VIH.

Cada persona solo debe contarse una vez dentro del periodo de notificación. Si se realizó una segunda prueba de triaje o una prueba de seguimiento como parte de la estrategia de cribado, esa persona solo debe contarse una vez

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Personas que se sometieron a una prueba de detección por primera vez en su vida.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Puesto que el intervalo de cribado entre las pruebas depende de la prueba utilizada, el número de mujeres examinadas puede variar de un año a otro.

No es posible alcanzar los niveles de cobertura del cribado para todas las mujeres que viven con el VIH sin una estimación del tamaño de la población.

Los cambios en este indicador como medida de progreso a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de los datos relacionados, incluido el número de mujeres que se sabe que viven con el VIH.

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer. A step-by-step guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.11 Tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres que viven con el VIH

Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección de precáncer de cuello uterino y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas en los últimos 12 meses

Qué mide

Progreso hacia el objetivo de cobertura de tratamiento del 90% de las mujeres con una prueba de detección positiva, que reciben tratamiento.

Justificación

El propósito de este indicador es evaluar la disponibilidad, el acceso y la cobertura del tratamiento de las lesiones precancerosas entre las mujeres que viven con el VIH a las que se les diagnosticaron lesiones pre-cancerígenas en el momento del cribado y que se consideraron aptas para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas de acuerdo con las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el cribado y el tratamiento para prevenir el cáncer de cuello de útero*.

Los objetivos de la Estrategia Mundial de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino son vacunar al 90% de las niñas elegibles contra el virus del papiloma humano (VPH), someter a pruebas de detección al 70% de las mujeres elegibles al menos dos veces en su vida y tratar eficazmente al 90% de las que tengan una prueba de detección positiva o una lesión cervical, incluyendo cuidados paliativos cuando sea necesario, todo ello para 2030.

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH y que recibieron tratamiento para las lesiones pre-cancerígenas del cuello del útero después de un cribado positivo para el precáncer del cuello del útero.

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que dieron positivo en la prueba de detección del precáncer de cuello uterino

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

El numerador y el denominador se generan a partir de los datos programáticos de los programas de detección del VIH o del cáncer de cuello de útero. No deben contarse las mujeres que dieron positivo en el cribado, pero que no fueron elegibles para el tratamiento de las lesiones pre-cancerígenas, por ejemplo, porque fueron remitidas para la evaluación de un posible cáncer cervical invasivo.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
- Episodio de tratamiento del precáncer de cuello uterino (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
- Método de tratamiento recibido (crioterapia, ablación térmica, escisión de la zona de transformación [LLETZ], otros).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

La variación en el denominador que se produce a lo largo del tiempo puede reflejar el cambio en la capacidad del personal sanitario para evaluar la elegibilidad para el tratamiento precanceroso, la prueba de cribado utilizada y su precisión, y si se utiliza una prueba de triaje

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.12 Tratamiento del cáncer cervical invasivo en mujeres que viven con el VIH

El porcentaje de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que fueron tratadas en los últimos 12 meses

Qué mide

Avances para aumentar el acceso al tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH

Justificación

La finalidad de este indicador es evaluar la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento del cáncer cervical invasivo para las mujeres que viven con el VIH a lo largo del tiempo. A largo plazo, se espera que el número de mujeres seropositivas que recibieron tratamiento para el cáncer cervical invasivo se estabilice y disminuya lentamente, ya que los programas de cribado ampliarán la detección y el tratamiento de las lesiones precancerígenas, y la cobertura de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) aumentará de acuerdo con los objetivos de eliminación 90-70-90 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH con sospecha de cáncer cervical invasivo que recibieron tratamiento

Denominador

Número de mujeres que viven con el VIH que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y tuvieron sospecha de cáncer invasivo

Cálculo

Numerador/denominador

Método de medición

La cifra se genera a partir de los datos programáticos de los programas de VIH o de cáncer de cuello uterino, o de un registro nacional de cáncer, si el estado del VIH se registra allí

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, +50 años).
 - Episodio de tratamiento de cáncer de cuello uterino invasivo (primero en la vida, segundo, tercero, cuarto, etc.).
 - Tipo de tratamiento: médico, quirúrgico.
-

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Los cambios en este indicador a lo largo del tiempo deben interpretarse a la luz de las intervenciones relacionadas, como la generalización del programa de cribado y tratamiento del precáncer.

La variación también puede representar cambios en la capacidad del personal sanitario para identificar el cáncer invasivo.

Información adicional

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231>).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

7.13 Personas que viven con el VIH que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Proporción de personas que viven con el VIH y que actualmente siguen una terapia antirretroviral y que reciben una dispensación multimensual de medicamentos antirretrovirales

Qué mide

La proporción de todas las personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral, que recibieron un suministro multimensual (como se especifica a continuación) de medicamentos antirretrovirales en su recogida más reciente de medicamentos antirretrovirales.

Justificación

La opción de que las personas que viven con el VIH que están asentadas en la terapia antirretroviral reciban varios meses de medicamentos antirretrovirales es un componente clave de la atención que responde a las necesidades y preferencias de las personas que viven con el VIH (conocido como suministro diferenciado de servicios – consulte “Definiciones”, más adelante). Para personas que viven con el VIH y que están asentadas en terapia antirretroviral, la dispensación multimensual tiene el potencial de mejorar los resultados de salud y apoyar la adherencia al tratamiento a largo plazo, al tiempo que reduce la asistencia innecesaria al centro de salud, lo que contribuye a la eficiencia del sistema. En líneas generales, la dispensación multimensual puede contribuir a los esfuerzos por alcanzar los objetivos 95–95–95.

La adopción y la puesta en marcha de la dispensación multimensual como parte de las estrategias y planes de los gobiernos nacionales van en aumento. Desde 2016, la prestación de servicios diferenciados -incluida la opción de dispensación multimensual- ha sido recomendada en las directrices de tratamiento del VIH y de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La pandemia de COVID-19 ha puesto especialmente de manifiesto la fragilidad de los sistemas sanitarios y, como respuesta, se ha priorizado la búsqueda de formas de mantener la prestación de servicios y reducir la asistencia innecesaria a los centros de salud.

El grado de implantación de estos modelos de atención en muchos países es incierto y la información sobre este indicador apoyará los esfuerzos para ampliar la oferta de dispensación multimensual.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH y están actualmente en terapia antirretroviral que recibieron 3 – <6 o 6+ meses de medicamentos antirretrovirales en la última recogida de medicamentos antirretrovirales.

(El número que recibe <3 meses de suministro de antirretrovirales también se recoge con fines de validación)

Si los países no pueden informar sobre el número de meses de medicamentos antirretrovirales dispensados mediante el desglose descrito anteriormente, podrían, de manera alternativa, informar sobre el número total de personas que están actualmente en terapia antirretroviral y que reciben ≥ 3 meses de medicamentos antirretrovirales en su última recogida de medicamentos.

Denominador

Número de personas que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral.

Cálculo

Numerador / Denominador

Método de medición

Los datos de este indicador se recogen al final del periodo de notificación a partir de los registros de terapia antirretroviral de los centros (incluida la terapia antirretroviral dispensada fuera de los centros) las herramientas de seguimiento del programa u otras bases de datos. (Si se dispone de datos del sector privado, deben incluirse).

Se debe identificar a todas las personas que reciben actualmente terapia antirretroviral. Las personas que no hayan recibido la medicación antirretroviral en los 28 días siguientes a su recogida programada de medicamentos se consideran perdidas en el seguimiento y no deben contarse en el denominador ni en el numerador. Por ejemplo, si se suministró medicamento antirretroviral para tres meses (12 semanas), el tiempo transcurrido desde la última recogida de medicamentos no debe ser superior a 16 semanas (12 semanas más 28 días).

Para el numerador: los registros deben capturar la duración de la medicina antirretroviral dispensada para cada paciente que esté actualmente en terapia antirretroviral en su última visita de recogida de medicamentos. Si es posible, esto debería clasificarse como <3 meses, 3- <6 meses, o +6 meses y resumirse para cada grupo de edad/sexo.

El denominador debe coincidir con el número total de personas que reciben actualmente terapia antirretroviral al final del año y estar en consonancia con los valores nacionales reportados a través de la herramienta de Monitoreo Global del SIDA.

Si el resultado de este indicador solo está disponible para una proporción de personas actualmente en tratamiento, introduzca el número de personas en el que se basa el porcentaje, así como el valor del denominador nacional, para que quede claro qué proporción de la población actualmente en tratamiento está representada en el cálculo.

Por favor, recuerde: la dispensación multimensual no debe confundirse con la prescripción multimensual. Alguien que recibe una receta de medicamentos antirretrovirales para seis meses pero que necesita acudir al centro de salud cada uno o dos meses para reponerlos no se contaría como receptor de una dispensación multimensual.

Frecuencia de medición

Anualmente

Desglose

- Edad 0–14
- Edad de 15 años o más por sexo (hombre, mujer y transexual).

Información adicional solicitada

Ninguna.

Puntos fuertes y débiles

Un indicador centrado en la escala de dispensación multimensual es una forma pragmática de captar un aspecto importante de la prestación de servicios diferenciada. El indicador ofrece una idea general de la amplitud con la que se está adoptando un enfoque de prestación de servicios diferenciados para el tratamiento del VIH y el alcance del posible beneficio individual. Sugiere también la posibilidad de mejorar aún más la eficacia del sistema mediante un mayor espaciamiento de la dispensación de medicamentos antirretrovirales.

La presencia de este indicador no implica que todas las personas que viven con el VIH deban recibir suministros multimensuales de medicamentos antirretrovirales. Además de considerar las necesidades clínicas de cada persona – la dispensación multimensual se aplica a personas asentadas en la terapia antirretroviral, la frecuencia de dispensación también debe guiarse por las necesidades y preferencias de las personas y poblaciones afectadas. Otros factores que afectan a la capacidad de suministrar medicamentos antirretrovirales para varios meses son los problemas de la cadena de suministro, las consideraciones políticas y la preparación del personal sanitario. El hecho de que la cobertura del 100% no deba considerarse como el objetivo de la dispensación multimensual pone de manifiesto la importancia de disponer de cierta información contextual para orientar la interpretación de los resultados.

Concentrarse únicamente en la duración de los medicamentos antirretrovirales dispensados proporciona una imagen incompleta de la prestación de servicios diferenciados. El control de los resultados, como la supresión de la carga viral, la satisfacción de los pacientes y la permanencia en la atención, se sumaría a este panorama, al igual que la información sobre la calidad y el alcance del apoyo social y de otro tipo que se proporciona como parte de la prestación de servicios diferenciados. Lo ideal sería captar la proporción de personas que viven con el VIH a las que se les ofreció la posibilidad de elegir un modelo de tratamiento diferenciado, pero esto puede no ser factible.

Definiciones

La OMS define la **prestación de servicios diferenciados** para el VIH como un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios para el VIH con el fin de atender mejor las necesidades de las personas que viven con el VIH y optimizar los recursos disponibles en los sistemas sanitarios.

La **dispensación multimensual** se refiere al suministro de varios meses de medicamentos antirretrovirales y/u otros medicamentos en un solo momento. La dispensación multimensual se ofrece con frecuencia como un componente de la prestación de servicios diferenciados. La OMS recomienda que a las personas que están asentadas en la terapia antirretroviral se les ofrezcan reposiciones de medicamentos antirretrovirales que duren de tres a seis meses, preferiblemente seis meses cuando esto sea posible.

Asentado/a en terapia antirretroviral. Los criterios para determinar si una persona está asentada con éxito en la terapia antirretroviral son:

- a) Haber recibido terapia antirretroviral al menos los últimos seis meses;
- b) No tener una enfermedad actualmente (sin incluir condiciones crónicas de salud que estén bien controladas).
- c) Buen entendimiento de la adherencia de por vida: consejo adecuado con respecto a la adherencia; y
- d) Evidencia de éxito del tratamiento: al menos un resultado de supresión de carga viral en los últimos seis meses (si la carga viral no está disponible: un recuento de CD4 > 200 células/mm³ (un recuento de CD4 > 350 células/mm³ para niños entre 3-5 años) o ganancia de peso, ausencia de síntomas e infecciones simultáneas.

La definición de estar asentado en la terapia antirretroviral deberá ser aplicada a todas las poblaciones, incluyendo aquellas que reciben regímenes de segunda y tercera línea, aquellos que presentan comorbilidades controladas, niños, adolescentes, embarazadas y mujeres que amamantan y poblaciones clave.

Información adicional

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

7.14 Cobertura de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH actualmente en terapia antirretroviral.

Porcentaje de personas inscritas en modelos de prestación de servicios diferenciados (DSD) de terapia antirretroviral entre todas las personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral al final del período de reporte.

Qué mide

Este indicador mide el despliegue y la aplicación de los modelos de prestación de servicios diferenciados de terapia antirretroviral (DSD, por sus siglas en inglés) de terapia antirretroviral durante el período que abarca el informe.

Justificación

La OMS recomienda modelos de atención DSD para las personas elegibles, incluidas las establecidas en terapia antirretroviral, para asegurar que la atención satisfaga la diversidad de necesidades de las personas que viven con el VIH. Este indicador mide la proporción de personas en tratamiento que reciben modelos de atención de terapia antirretroviral DSD y, si es factible, si las personas elegibles para terapia antirretroviral DSD están recibiendo tales servicios.

La DSD para el tratamiento del VIH tiene como objetivo mejorar la retención en la atención y la supresión viral mediante la optimización de los modelos de tratamiento y prestación de atención para mejorar la experiencia del cliente y los resultados de salud y aprovechar los recursos para mejorar la eficiencia programática.

Los modelos de DSD para el tratamiento del VIH pueden clasificarse a grandes rasgos en cuatro categorías: modelos de grupo gestionados por trabajadores sanitarios; modelos de grupo gestionados por clientes; modelos individuales establecidos en centros; y modelos individuales no establecidos en centros:

- **Modelos de grupo gestionados por el personal de salud:** por ejemplo, clubes de adherencia, clubes de adolescentes y paquetes de atención para la enfermedad avanzada por VIH.
- **Modelos de grupo gestionados por los clientes:** por ejemplo, grupos comunitarios de adherencia a la terapia antirretroviral y administración de terapia antirretroviral dirigida por el cliente.
- **Modelos individuales basados en centros de salud:** por ejemplo, reposición de medicamentos antirretrovirales antirretroviral para varios meses y recogida rápida de medicamentos antirretrovirales.
- **Modelos individuales no basados en centros de salud:** por ejemplo, puntos de distribución de terapia antirretroviral antirretroviral en la comunidad, casilleros de medicamentos antirretrovirales, entrega de medicamentos antirretrovirales antirretrovirales a domicilio y clínicas móviles.

Dentro de estas cuatro categorías, pueden hacerse muchas adaptaciones para ofrecer servicios centrados en la persona que satisfagan las necesidades distintas y cambiantes de personas de poblaciones específicas, como las que reciben regímenes de segunda o tercera línea, las que tienen comorbilidades controladas, las de poblaciones clave, las mujeres embarazadas, los niños y los adolescentes.

Este indicador mide a todas las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral de DSD, incluida, entre otras, la dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses. Tanto los modelos menos intensivos como los más intensivos deben incluirse en este indicador.

Para más información, véase el capítulo 7.3 de las Directrices consolidadas de la OMS 2021 para la prevención, las pruebas, el tratamiento y la prestación de servicios relacionados con el VIH, disponibles en: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Los países han desarrollado una amplia gama de modelos de terapia antirretroviral DSD adaptados a diferentes contextos y poblaciones. En este ámbito programático en evolución se están aplicando multitud de modelos de DSD. Independientemente de los modelos de terapia antirretroviral DSD que se adopten, es importante evaluar la cobertura para ampliar los servicios y reforzar su aplicación.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD durante el período de reporte.

Denominador

A. Número de personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral al final del período de reporte.

B. Número de personas que viven con el VIH en terapia antirretroviral elegibles para los modelos de terapia antirretroviral DSD (para los países que pueden reportar).¹

Es preferible que los países reporten el denominador B: el número de personas que viven con el VIH en TAR que son elegibles para los modelos de TAR de DSD (para los países que pueden reportar). Si no se dispone de esta información, los países deben reportar el denominador A: el número de personas que viven con el VIH que reciben TAR al final del período de reporte.

¹ Calidad de ser elegible para la DSD de la terapia antirretroviral según lo definido en las directrices nacionales.

Método de medición

Herramientas de seguimiento de pacientes (electrónicas o en papel), como registros de terapia antirretroviral o historias clínicas electrónicas.

La DSD es un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios relacionados con el VIH a lo largo de la cascada de manera que satisfagan las necesidades de las personas que viven con el VIH o son vulnerables a él y optimicen los recursos disponibles en el sistema sanitario. La DSD para el tratamiento del VIH debe tener en cuenta las necesidades clínicas y adaptar los servicios para las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y carga viral alta, para poblaciones específicas y para entornos contextuales.

La DSD para el tratamiento del VIH se basa en cuatro pilares: cuándo (frecuencia), dónde (ubicación), qué (tipo/paquete) y quién (proveedor). En cualquier modelo de DSD para el tratamiento del VIH, estos pilares deben definirse por separado para las consultas clínicas, la reposición de la terapia antirretroviral y el apoyo psicosocial. Tanto los modelos menos intensivos como los más intensivos deben incluirse en este indicador. En términos generales, estos modelos pueden describirse dentro de cuatro categorías:

- Modelos de grupo gestionados por el personal de salud: por ejemplo, clubes de adherencia, clubes de adolescentes y paquetes de atención para la enfermedad avanzada por VIH.
- Modelos de grupo gestionados por los clientes: por ejemplo, grupos comunitarios de adherencia a la terapia antirretroviral y administración de terapia antirretroviral dirigida por el cliente.
- Modelos individuales basados en centros de salud: por ejemplo, reposición de medicamentos antirretrovirales para varios meses y recogida rápida de medicamentos antirretrovirales.
- Modelos individuales no basados en centros de salud: por ejemplo, puntos de distribución de terapia antirretroviral en la comunidad, casilleros de medicamentos antirretrovirales, entrega de medicamentos antirretrovirales a domicilio y clínicas móviles.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

- Género (femenino, masculino, otro²).
- Edad (0-14 años, ≥15 años).

Puntos fuertes y débiles

Este indicador monitorea las tendencias en la cobertura de DSD del tratamiento del VIH de manera estandarizada y comparable entre países y a lo largo del tiempo. No mide la calidad de los servicios, el impacto en los resultados del tratamiento, como la retención o la supresión viral, ni las eficiencias programáticas, como la reducción de las visitas a las clínicas o del tiempo del personal.

La exactitud del número de personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD dependerá de la calidad del sistema de notificación subyacente y de su capacidad para identificar a los clientes inscritos en modelos de terapia antirretroviral DSD. Los problemas de calidad de los datos pueden dar lugar a que no se informen todos los casos debido a la falta de datos o a retrasos en la notificación de los datos de los centros al nivel nacional, o a que se informen demasiados casos si los clientes son notificados tanto por los centros como por los entornos comunitarios o privados.

Los problemas con los vínculos y el flujo de datos entre los centros de salud y los servicios prestados en la comunidad pueden provocar retrasos en la transmisión de datos y una notificación insuficiente. Los países deben adaptar las herramientas de seguimiento, como los registros de terapia

antirretroviral o los historiales médicos electrónicos, para seguir y controlar a los clientes inscritos en los modelos de terapia antirretroviral DSD a nivel de prestación de servicios y a nivel nacional.

Información adicional

Consolidated guidelines on person centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 7 November 2023).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 7 November 2023).

² "Otro" incluye a las personas transgénero y con diversidad de género que eligen una identidad distinta a la masculina o femenina.

7.15 Supresión viral entre personas que viven con el VIH en modelos de terapia antirretroviral con prestación de servicios diferenciada

Porcentaje de personas que viven con el VIH que participan en modelos de terapia antirretroviral de prestación de servicios diferenciada (DSD) y que tienen supresión virológica durante el período de reporte.

Qué mide

La supresión viral en las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD. Es una medida de la eficacia de la terapia antirretroviral e indica la adherencia al tratamiento y el riesgo de transmitir el VIH.

Justificación

Este indicador permite hacer un seguimiento de la supresión de la carga viral en las personas que viven con el VIH inscritas en modelos DSD de terapia antirretroviral. Dado que la supresión viral es un resultado clave del tratamiento, es importante vigilar y evaluar si las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD tienen una supresión viral mejor o similar a la de las personas que reciben atención estándar para garantizar la calidad de los servicios. La supresión de la carga viral es también la mejor medida disponible de la adherencia a la terapia antirretroviral.

Numerador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en un modelo de terapia antirretroviral DSD con al menos una prueba rutinaria de carga viral durante el período de reporte que tienen supresión virológica (<1000 copias/mL).

Denominador

Número de personas que viven con el VIH inscritas en un modelo de terapia antirretroviral DSD con al menos un resultado rutinario de carga viral en un registro médico o de laboratorio durante el período de reporte.

Método de medición

Herramientas de seguimiento del paciente (electrónicas o en papel), como registros de terapia antirretroviral o historias clínicas electrónicas.

La DSD es un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios relacionados con el VIH a lo largo de la cascada de forma que atiendan a las necesidades de las personas que viven con el VIH o son vulnerables a él y optimicen los recursos disponibles en el sistema sanitario.

La DSD para el tratamiento del VIH debe tener en cuenta las necesidades clínicas y adaptar los servicios para las personas con enfermedad por VIH en estado avanzado y carga viral alta, para las personas de poblaciones específicas y en diferentes entornos contextuales.

La DSD para el tratamiento del VIH se basa en cuatro pilares: cuándo (frecuencia), dónde (ubicación), qué (tipo/paquete) y quién (proveedor). En cualquier modelo de DSD para el tratamiento del VIH, los componentes básicos deben definirse por separado para las consultas clínicas, la reposición de la terapia antirretroviral y el apoyo psicosocial.

Frecuencia de medición

Anual.

Desglose

- Género (femenino, masculino, otro¹).
- Edad (0-14 años, ≥15 años).

Puntos fuertes y débiles

El seguimiento preciso de la supresión viral entre las personas que siguen modelos de terapia antirretroviral con DSD puede plantear varios retos. La capacidad de seguimiento de la carga viral puede ser limitada en los entornos de bajos ingresos a pesar de los esfuerzos invertidos en su ampliación. En algunos entornos, las pruebas de carga viral pueden realizarse de forma selectiva para confirmar el presunto fracaso del tratamiento, o pueden priorizarse para personas de poblaciones específicas; como resultado, pueden subestimar los niveles de supresión viral entre todas las personas inscritas en modelos de terapia antirretroviral DSD.

Puede haber problemas en la capacidad del sistema de notificación para identificar a los clientes inscritos en modelos de terapia antirretroviral DSD. Los problemas de calidad de los datos pueden dar lugar a una notificación insuficiente debido a la falta de datos o a retrasos en la notificación de los datos de los centros a nivel nacional, o a una notificación excesiva si los clientes son notificados tanto por los centros como por los entornos comunitarios o privados. Los problemas en la vinculación y el flujo de datos entre los centros sanitarios y los servicios prestados en la comunidad pueden provocar retrasos en la transmisión de datos y una notificación insuficiente.

Los países deben adaptar las herramientas de seguimiento, como los registros de terapia antirretroviral o los historiales médicos electrónicos, para hacer un seguimiento de los clientes inscritos en los modelos de terapia antirretroviral DSD y de los resultados de su tratamiento a nivel nacional y de prestación de servicios.

¹ "Otro" incluye a las personas transgénero y con diversidad de género que eligen una identidad distinta a la masculina o femenina.

Información adicional

Directrices consolidadas sobre la información estratégica del VIH centrada en la persona: fortalecimiento de los datos rutinarios para lograr un impacto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 6 November 2023).

Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 6 November 2023).

8.1 Presupuesto público nacional para el VIH

Presupuesto para programas de VIH y SIDA de fuentes públicas nacionales

Qué mide

El presupuesto gubernamental asignado y ejecutado destinado a programas de VIH, junto con las tendencias percibidas a corto plazo en el presupuesto (es decir, el presupuesto del año siguiente).

Se debe reportar de los recursos públicos nacionales totales asignados y ejecutados para el VIH desde los niveles central y subnacional.

Justificación

Los recursos nacionales han contribuido significativamente al panorama de financiación del VIH en la última década. En los últimos años, los recursos nacionales han representado más de la mitad de los recursos financieros totales para el VIH en países de ingresos bajos y medios.

El seguimiento de los presupuestos públicos nacionales y sus previsiones a corto plazo tienen como objetivo fomentar los esfuerzos mundiales para movilizar recursos a fin de alcanzar los objetivos para poner fin al SIDA de aquí a 2030.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisas y valores monetarios (moneda nominal), y variables categóricas que indican la magnitud del cambio para representar previsiones a corto plazo del panorama de financiación nacional.

Cálculo

Presupuestos planificados y ejecutados por cada año fiscal.

El departamento correspondiente de estadísticas financieras del gobierno mantiene los presupuestos asignados a varios sectores. Muchos países pueden tener presupuestos destinados a programas de VIH y SIDA, mientras que otros pueden tener presupuestos para esas actividades en diferentes sectores.

El indicador tiene como objetivo recoger el presupuesto para actividades de VIH y SIDA asignadas a través de fuentes de financiación propias del gobierno. Deben excluirse las actividades presupuestadas financiadas mediante transferencias de ayuda externa de entidades extranjeras.

Prácticamente todos los países tienen un presupuesto público destinado al VIH, aunque no todos los gastos relativos al VIH se deriven de los presupuestos. El alcance de los presupuestos puede diferir ocasionalmente entre países, pero las tendencias resultan útiles para el análisis en el país.

Método de medición

Análisis de presupuestos

Nota: La previsión a corto plazo para el próximo año fiscal debe reportarse basándose en la información obtenida a través de las estadísticas financieras del gobierno, el Ministerio de Salud o la Comisión Nacional del SIDA.

Frecuencia de medición

Anualmente, para el año fiscal

Desglose

- Presupuestos por nivel de gobierno (es decir, nacional/federal, provincial/estatal/distrito o municipio/ciudad/local) según corresponda en cada país.
 - Si existen unidades presupuestarias segmentadas (por ejemplo, instituciones de la seguridad social u organismos nacionales contra el SIDA), se deben reportar por separado.
-

Puntos fuertes y débiles

Los datos pueden ser de gran calidad en países que tienen presupuestos destinados al VIH. Cuando no hay presupuestos específicos para el VIH, la presentación de informes sobre este indicador puede requerir la coordinación entre los departamentos gubernamentales relacionados con la salud y el bienestar social. Cuando la provisión de servicios está integrada en los centros sanitarios, dichos gastos no se identificarán fácilmente en los presupuestos asignados.

Información adicional

Anexo 2

8.2 Antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH: precios unitarios y volumen

Qué mide

Los precios unitarios de promedio de los regímenes antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH para el programa de VIH de un país y el volumen de adquisición asociado

Justificación

Los precios unitarios de promedio y el volumen de adquisición de productos relacionados al VIH ayudan a monitorear las dinámicas del mercado de antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH y respaldan el proceso de triangulación con aquellas personas que se reporta están en terapia antirretroviral.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

El precio medio unitario por paquete de régimen en USD actual o en unidades de la moneda local para el año del informe, y el número absoluto de paquetes adquiridos en un período determinado.

Cálculo

No corresponde

Método de medición

Sistemas de gestión de compras y cadena de suministro

Herramientas para la recopilación de datos

Sistema de información de gestión logística

Frecuencia de medición

Anual

Desglose

Por fuente de financiamiento (doméstica, internacional)

Puntos fuertes y débiles

Los sistemas de gestión de la cadena de suministro de adquisiciones de los países mantienen información sobre la adquisición de productos de salud a nivel central. En algunos países, hay sistemas de información de gestión logística que monitorean los datos de productos básicos a nivel del centro de salud. Estos sistemas de información pueden proporcionar los datos para reportar este indicador.

Información adicional

Anexo 3

8.3 Gasto relativo al VIH por origen de recursos

Gasto nacional e internacional relativo al VIH por categoría de programa y fuente de financiación

Qué mide

Gastos en el país relativos a programas y servicios de VIH por fuente, de manera estandarizada y comparable, de acuerdo con categorías mutuamente excluyentes. El gasto relativo al VIH por programas o servicios reportados para este indicador deberá resultar coherente con el número de personas que hayan recibido servicios (de los que se informe en otras partes del Monitoreo Global del SIDA).

Justificación

El indicador sobre el que se ha de reportar es el gasto total y subtotal relativo al VIH por categorías de programas o de servicios y por fuentes de financiación. Se pide a los países que reporten el gasto correspondiente a ocho subindicadores básicos (servicios o categorías de programas). Estos se describen en el Anexo 3.

A finales de 2021, la disponibilidad de recursos internacionales y nacionales para la respuesta al VIH alcanzó unos 21.500 millones de USD (en dólares constantes de 2019) en los países de ingresos bajos y medios. Hacer realidad los objetivos nacionales y mundiales requiere un mayor enfoque, más recursos y mejor eficacia y efectividad de los programas para ofrecer los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH, con el fin de reducir la incidencia del virus y alargar la vida.

Resulta esencial identificar fuentes de financiación sostenibles y a largo plazo, lo que incluye la movilización de recursos nacionales, para mantener y aprovechar los éxitos ya conseguidos. No obstante, cubrir las brechas que existen en financiación y buscar una eficiente asignación de recursos únicamente puede conseguirse evaluando y gestionando los recursos disponibles y el uso que se hace de ellos.

La cuantificación de flujos financieros y del gasto ayuda a considerar la cuestión de a quién benefician los programas de VIH y definir la situación actual de asignaciones para los programas y servicios sobre el VIH que se centren en grupos de población clave u otros grupos específicos de población.

La gran mayoría de las categorías de gasto en sida (o CSA, según las clasificaciones de la Evaluación del Gasto Nacional en Sida [NASA]) o los subindicadores se han extraído de los marcos existentes y se han estructurado en torno a la Declaración Política de 2021 para poner fin al Sida. Las necesidades de recursos para los países de ingresos bajos y medios dieron lugar a un objetivo de movilización de al menos 29.000 millones de USD (en dólares constantes de 2019) para 2025.

Numerador

No corresponde

Denominador

No corresponde

Tipo de datos

Divisa y valores monetarios (moneda nominal)

Cálculo

Para producir datos de gastos, deben aplicarse los principios de contabilidad social y costes. Las correspondientes reglas, marcos de trabajo y principios se describen en los manuales y directrices específicos (se incluyen los correspondientes enlaces seguidamente).

El cálculo de cada servicio/programa o subindicador puede presentar características individuales para garantizar la adecuada contabilización de todos los componentes (por ejemplo, costes directos y compartidos de la provisión de servicios) y evitar dobles contabilizaciones; esos cálculos pueden ser diferentes según cada fuente de financiación y modalidad de prestación de servicios (o incluso según cada proveedor de servicios). Hay orientaciones ulteriores disponibles en las respectivas directrices y manuales que se enumeran al final de esta sección.

La cuantificación se limita a los gastos en el país, utilizando los fondos de la ayuda internacional al desarrollo y a los gastos realizados con fondos públicos o privados notificados en el dólar corriente o en unidades monetarias locales para el año de referencia elegido.

Existen ciertos requisitos para la recopilación y calidad de los datos para asegurar la fiabilidad y validez de los indicadores que garantizan la credibilidad.

La conciliación de gastos descendentes (procedentes de fuentes de financiación) y ascendentes (relacionadas con el coste de la prestación de servicios) ofrece la mejor evaluación del gasto nacional interno relativo al VIH.

Los registros financieros y sobre programas procedentes de proveedores de servicios o de organizaciones de prestación de servicios son la base para la recopilación de datos.

Pueden existir discrepancias significativas documentadas entre las asignaciones presupuestarias y los gastos reales. No se recomienda el análisis presupuestario como base única para reportar del gasto nacional total relativo al VIH.

Una buena práctica es validar los gastos financiados por fuentes de financiación internacionales, fuentes de financiación nacionales y agentes financiadores, así como en relación con todas las partes interesadas.

Método de medición

Primario:

- Medición del Gasto en SIDA (MEGAS).

Alternativo:

- Análisis de presupuestos.
- Sistema de Cuentas de salud de 2011 (SHA-2011, por sus siglas en inglés) con módulo de VIH.

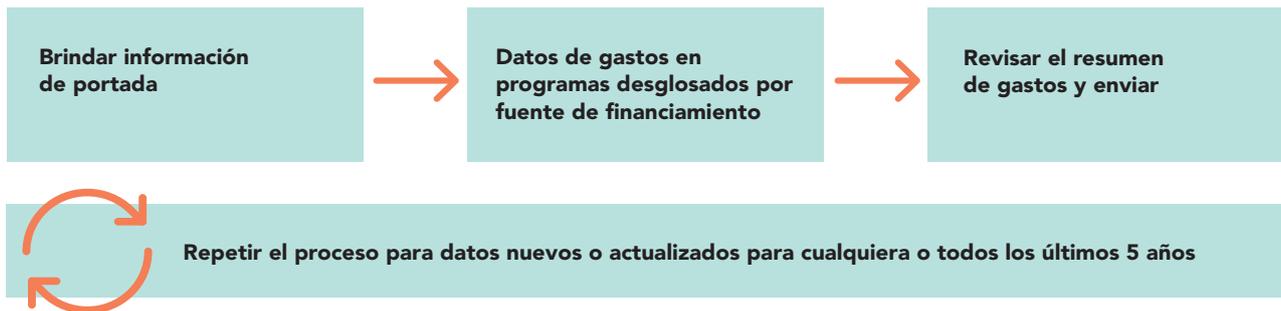
Nota:

- Cuando no hay una MEGAS disponible, los países pueden utilizar los resultados generados centralmente del sistema de informes de gastos del PEPFAR y pedir datos de gastos del Fondo Mundial, que pueden ponerse a disposición de los países que reportan como parte de la coordinación global y la alineación de recursos entre ONUSIDA, PEPFAR y el Fondo Mundial. La presentación de informes sobre los gastos de los programas financiados por el Fondo Mundial debe ajustarse a las directrices de presentación de informes sobre la Actualización de avances y solicitud de desembolso.⁶
- Las cuentas de salud que utilizan el marco SHA-2011 con distribución completa de la enfermedad intentan recoger categorías de programas agregadas con la partida de gastos. Sin embargo, dependiendo de los objetivos de un determinado ejercicio de seguimiento de recursos, el SHA-2011 puede informar, o no, de la totalidad del gasto nacional (desglosado por programa), según se requiera, y las claves de distribución aplicadas deben examinarse y actualizarse en caso necesario. El marco contable informe y datos de la cuenta de salud puede tener que ser complementado por principios sólidos sobre costes para desglosar la parte correspondiente al VIH de los costes conjuntos en que haya incurrido el sistema.

Herramientas para la recopilación de datos

Los países elaboran sus informes sobre gastos relativos al VIH por categorías de programas/servicios centrales y fuentes de financiación utilizando la matriz de financiación nacional. Se incluye un elenco de categorías completo de programas en el anexo 2. Si los países han desarrollado una MEGAS completa y adecuada, completar la matriz de financiación constituye solamente una plantilla de resultados del ejercicio. Si los países han desarrollado cuentas de salud utilizando el marco SHA-2011, pueden rellenarse las celdas de la matriz de financiación, en particular sobre recursos internacionales, y, en algunos casos, para las fuentes de financiación nacionales públicas y privadas.

Flujo del proceso para reportar este indicador



Los datos modificados de años anteriores pueden ser reportados si los datos reportados en años anteriores fueron preliminares o no se habían reportado previamente.

Frecuencia de medición

Anualmente, para el año natural o fiscal. Dado que los resultados de cualquier ejercicio contable pueden demorarse más allá de la fecha límite para la presentación del informe anual, los países podrán enviar resultados preliminares, que luego serán sustituidos cuando estén disponibles los resultados definitivos. En este ciclo de presentación de informes, se sugiere que los países presenten todo el conjunto de informes anuales definitivos disponibles sobre los últimos cinco años, indicando su estatus de preliminares o definitivos y si vienen a sustituir a informes previos. No resulta necesario volver a presentar datos ya enviados en informes previos y que no hayan sufrido cambios. Puede contactarse con ONUSIDA para recibir asistencia si el país desea enviar informes modificados recientemente o definitivos sobre gastos anteriores a 2016.

Desglose

- Fuente de financiación.
- Categorías de programas sobre VIH y SIDA.
- Para los subindicadores seleccionados, se alienta a los países a reportar sobre los gastos en los productos más destacados en cada uno de los programas relevantes que representan subindicadores, según lo permitan los datos. El reporte del gasto total por programa es aceptable si no se conoce el desglose, pero existe la certeza de que se incluyen tanto los productos básicos como los costes de prestación de servicios.

⁶ Consulte las instrucciones del formulario de actualización de progreso y solicitud de desembolso (https://www.theglobalfund.org/media/11754/fundingmodel_pudr_instructions_en.pdf).

Puntos fuertes y débiles

Los países que han implementado adecuadamente una MEGAS completa pueden llenar la plantilla con una tabla de resultados del ejercicio de la MEGAS. Las estimaciones nacionales definitivas deberán ser validadas con las diferentes partes interesadas y ser trianguladas para incrementar su fiabilidad y validez.

Los países que hayan implementado un ejercicio anual de SHA-2011 pueden necesitar garantizar que las claves de asignación utilizadas para hacer una estimación del gasto sobre VIH a través del sistema sanitario se actualizan y permiten datos granulares para fuentes nacionales. Este proceso puede no utilizar datos certificados, como exigen algunos principios contables. Los países que acaben de empezar el proceso de informes de salud plenamente distributivos necesitan validar los resultados con otras fuentes ya existentes y con todas las partes interesadas para incrementar la fiabilidad y validez de las estimaciones, en particular su nivel total, potenciales duplicaciones y elementos de gasto significativos no contabilizados. Los países que utilicen cuentas de salud deben agregar gastos no relacionados con la salud y asegurar que se notifiquen gastos coherentes relativos al VIH, en particular para los costes compartidos en el sistema de salud. La implementación de las cuentas de salud precisa de planificación a medio y largo plazo, exige un uso intensivo de recursos y depende de la coordinación entre los contables sanitarios y los gestores de los programas.

Los países que utilicen el análisis presupuestario deben asegurarse de que los presupuestos asignados se gasten según lo previsto; las estimaciones de los gastos adicionales en los que no se incurre utilizando un presupuesto asignado deben agregarse a cada subtotal, según corresponda.

Los países tienen la opción de informar sobre: (a) costes por separado (entrega de productos y servicios) si disponen de los datos; (b) en un solo coste (si es lo que hay disponible), o (c) un total desglosado que incluya tanto los productos básicos como la prestación de servicios.

Listado de subindicadores básicos y metadatos estadísticos asociados

Gasto total relativo al VIH	Fuente de financiación o categoría de servicio/programa	No corresponde	Gasto total de todas las fuentes gastado en el VIH y el SIDA a nivel nacional, incluyendo los gastos sanitarios y no sanitarios
Subindicadores	Desglose	Población objetivo	Qué mide
A. Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH (no dirigidos; productos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Población general bajo indicaciones específicas	<p>Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH se utilizan para referirse a todos los servicios relacionados con las pruebas que se proporcionan junto con el asesoramiento, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas y asesoramiento sobre el VIH iniciados por el cliente. ▪ Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor. ▪ Pruebas y asesoramiento sobre el VIH como parte de una campaña, a través de servicios de extensión o mediante pruebas a domicilio/autopruebas. <p>Deberá informarse de forma independiente de los gastos directos en la adquisición de reactivos para pruebas de laboratorio y pruebas rápidas en relación con otros costes (según disponibilidad).</p>
B. Gasto sobre terapia antirretroviral (adultos y población pediátrica; productos específicos por separado)	Fuente de financiación, adultos y niños (menores de 15 años)	Personas que viven con el VIH	<p>Terapia antirretroviral.</p> <p>Gasto directo en la adquisición de antirretrovirales, independientemente de otros costes (según disponibilidad).</p>
C. Gasto en monitoreo de laboratorio específica para VIH (productos específicos por separado)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	<p>Servicios de diagnóstico relacionados con el monitoreo clínica del VIH.</p> <p>Gastos directos en la compra de reactivos de laboratorio para su uso en la determinación de los recuentos de células CD4+ y la cuantificación de la carga viral, por separado de los costes asociados con otros productos y la prestación de servicios (según disponibilidad).</p>
D. Gasto relativo a la tuberculosis (TB) y al VIH (productos específicos por separado)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH y personas que viven con TB	<p>Exámenes, monitoreo clínico, servicios de laboratorio relacionados, tratamiento y prevención de TB (incluida isoniacida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa) y pruebas de detección y remisión de pacientes de centros médicos que tratan la TB para pruebas y atención clínica sobre VIH.</p> <p>Gastos directos en la adquisición de medicamentos para el tratamiento y prevención de la TB (incluida isoniacida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa), independientemente de otros productos médicos y de costes relativos a la prestación de servicios (según disponibilidad).</p>

E. Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada (productos específicos por separado)	<p>Fuente de financiación, los cinco pilares de la prevención combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad, exclusivamente en países con alta prevalencia del VIH). ▪ Circuncisión masculina médica voluntaria (exclusivamente en países con alta prevalencia). ▪ Profilaxis previa a la exposición (PrEP) estratificada según grupos de población clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo; personas que se inyectan drogas; personas transgénero; personas en prisiones y otros entornos cerrados; mujeres jóvenes y niñas adolescentes, y parejas serodiscordantes). ▪ preservativos (sin especificar). ▪ Prevención entre las poblaciones clave (hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas, personas transgénero y personas en prisiones y otros entornos cerrados). 	Población general, grupos de población clave	<p>Este subconjunto de servicios de prevención se etiqueta y define como prevención combinada. El resto de servicios de prevención del VIH se habrán de especificar dentro de las categorías de la matriz de financiación nacional como parte de servicios de prevención más amplios.</p> <p>Este subconjunto incluye servicios de prevención diseñados específicamente y proporcionados para cada una de las poblaciones clave, incluidos los servicios de prevención para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujeres jóvenes y niñas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad) en países con alta prevalencia. ▪ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. ▪ Profesionales del sexo y sus clientes. ▪ Personas que se inyectan drogas. ▪ Circuncisión masculina médica voluntaria. ▪ PrEP, estratificada por grupos de población clave. ▪ Promoción del uso de preservativos y distribución entre la población en general. <p>Gastos directos en la adquisición de preservativos, agujas y jeringuillas, y medicamentos para terapias de sustitución por separado (según disponibilidad).</p>
F. Gasto en prevención de la transmisión vertical del VIH (productos específicos por separado)	Fuente de financiación	Mujeres embarazadas y recién nacidos	<p>Actividades dirigidas a la eliminación de nuevas infecciones por VIH en niños, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de VIH en mujeres embarazadas. ▪ Terapia antirretroviral para mujeres embarazadas que viven con el VIH. ▪ Medicamentos antirretrovirales para recién nacidos. ▪ Prácticas de parto seguras. ▪ Apoyo y asesoramiento con respecto a la nutrición materna y la lactancia materna exclusiva. <p>Nota: Cuando una mujer que vive con el VIH recibe terapia antirretroviral como parte de su tratamiento antes de saber que está embarazada, este tratamiento debe incluirse en la terapia antirretroviral para adultos en lugar de para prevenir la transmisión maternoinfantil.</p>
G. Gasto en facilitadores sociales	Fuente de financiación	No corresponde	<p>Actividades para apoyar la implementación de programas básicos, según se define en el Marco de Inversión de ONUSIDA, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromiso político y defensa. ▪ Medios de comunicación masiva. ▪ Leyes, políticas legales y prácticas. ▪ Movilización de la comunidad. ▪ Reducción del estigma. ▪ Programas de derechos humanos
H. Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (edad 10-24 años, países de alta prevalencia)	Fuente de financiación	Mujeres jóvenes y niñas (10–24 años)	Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (10-24 años). Se define como una sinergia del desarrollo con implicaciones para la prevención del VIH.

Información adicional

Para acceder a pautas, herramientas marco y clasificaciones para las MEGAS, póngase en contacto con AIDSspending@unaids.org

Los informes de Cuentas de salud están disponibles en la Global Health Expenditure Database (Base de Datos sobre Gasto Sanitario Global) de la Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Eurostat. HEDIC – Health expenditures by diseases and conditions. 2016 edition [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>).

Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino 2025

Introducción

El monitoreo de políticas ha sido un componente de los informes globales sobre SIDA desde 2003, y se ha implementado cada dos años, más recientemente en 2024. El ICPN es un componente integral del Monitoreo Global del Sida (GAM) que tiene como objetivo medir el progreso en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y leyes relacionadas con la respuesta al VIH. Realiza esto a través de lo siguiente:

Promover la consulta y el diálogo entre las principales partes interesadas a nivel nacional, especialmente el gobierno y la sociedad civil y las comunidades, con el fin de captar sus puntos de vista sobre la respuesta al sida.

- Apoyar a los países a evaluar la situación de su epidemia de VIH y la respuesta a la misma, así como a identificar los obstáculos, las brechas y los facilitadores para reforzar la respuesta.
- Recopilación de datos sobre el entorno político y jurídico relacionado con la respuesta al sida.

Las respuestas monitorean directamente varios objetivos y proporcionan un contexto sobre los avances hacia la consecución de las metas globales.

El ICPN debe completarse y presentarse como parte de los informes GAM cada dos años. Este intervalo refleja la expectativa de que los cambios en las leyes, políticas y reglamentos se producen lentamente, y que la necesidad de un seguimiento más frecuente puede ser limitada.

Durante los años intermedios, debe completarse un ICPN interino y enviarse como parte de los informes GAM. El ICPN interino incluye un subconjunto de preguntas de la Parte A del ICPN relacionadas con elementos que pueden cambiar con mayor frecuencia.

Estructura de Instrumento de compromisos y políticas nacionales

El ICPN consiste de dos partes: La Parte A debe ser completada por las autoridades nacionales, y la Parte B debe ser completada por la sociedad civil, las comunidades y otros socios no gubernamentales involucrados en la respuesta nacional al sida. Para los años interinos, sólo se incluye en el ICPN un subconjunto de preguntas de la Parte A.

Las preguntas se estructuran en torno a los compromisos de la Declaración Política sobre el Sida de de 2021.¹

¹ Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y avanzar en el camino para poner fin al sida para 2030. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf, consultado el 16 de noviembre de 2023).

Pasos propuestos para la recogida y validación de datos

El proceso descrito a continuación para completar el ICPN debe integrarse dentro del plan y cronograma de cada país para el proceso general de GAM. Este proceso sugerido pretende integrar verificaciones de coherencia para los datos del ICPN recopilados a lo largo del proceso y promover un análisis de la información lo más objetivo posible.

1. Establecer un grupo de trabajo que acompañe los reportes del ICPN. Podría tratarse de un grupo de trabajo técnico multisectorial de monitoreo y evaluación ya existente.
2. Identifique un punto focal para coordinar la respuesta al cuestionario.
3. Un grupo de trabajo del ICPN realiza un ejercicio de mapeo de las partes interesadas para seleccionar sistemáticamente a los colaboradores de las Partes A y B.

Un ejercicio de mapeo puede garantizar que se recojan los datos más actualizados y precisos a través del ICPN, involucrando a los expertos pertinentes y evitando la influencia de posibles sesgos en el proceso de reportar. Puede garantizar que los informes reflejen un amplio abanico de perspectivas; involucrar a un amplio abanico de partes interesadas también puede ayudar a interpretar datos cualitativos o potencialmente ambiguos.

La lista de todas las personas o entidades que podrían proporcionar información o puntos de vista sobre las preguntas incluidas en el ICPN puede extraerse del conocimiento de los miembros del grupo de trabajo, a través de contactos con otras personas conocedoras de la respuesta nacional al VIH y revisando la documentación pertinente. Pueden identificarse partes interesadas de los siguientes sectores y grupos (entre otros):

- o Ministerio de Sanidad o equivalente.
- o Ministerio de Educación o equivalente.
- o Ministerio de Género o equivalente.
- o Ministerio de Justicia o equivalente.
- o Ministerio de Comercio o equivalente.
- o Representantes de personas que viven con el VIH, incluidas mujeres y jóvenes que viven con el VIH.
- o Representantes de los distintos grupos de poblaciones clave.
- o Organizaciones bilaterales y multilaterales comprometidas en la respuesta al VIH.
- o Otras organizaciones no gubernamentales o fundaciones comprometidas en la respuesta al VIH.
- o El sector privado.

La diversidad geográfica debe tenerse en cuenta a la hora de identificar a las partes interesadas para garantizar su representatividad.

La siguiente información debe registrarse para todas las partes interesadas contactadas a lo largo del proceso de reportar el ICPN:

- o Nombre.
- o Datos de contacto.
- o Afiliación.
- o Papel en la organización.
- o Tipo de parte interesada: ministerio de salud, otro ministerio, sector privado, sociedad civil, comunidad, organización no gubernamental internacional, organización bilateral, ONUSIDA u otra organización de las Naciones Unidas.

Esta información podría ser útil para documentar la naturaleza multisectorial del proceso y apoyar los preparativos para futuras rondas de reportes del ICPN.

4. Para garantizar la precisión y evitar fatiga de respuesta, se sugiere que las preguntas específicas se dirijan a encuestados específicos que tengan conocimientos en esa área. Los puntos focales para el cuestionario o consultores reclutados para apoyar el proceso deben coordinar el contacto con las partes interesadas identificadas -por ejemplo, mediante entrevistas en persona, por teléfono o correo electrónico- para compartir las preguntas del ICPN en su área de especialización y recopilar sus respuestas.

Si es posible, se recomienda enviar la misma pregunta a más de una persona conocedora del área. Si hay respuestas discrepantes, el coordinador de esa parte del ICPN podría compartir un resumen de la información recibida para esa pregunta con las distintas personas que la hayan facilitado para aclarar el origen de las distintas respuestas y llegar a un consenso (si es posible). Para evitar posibles fuentes de sesgo, deberá mantenerse en la medida de lo posible el anonimato de los encuestados durante este proceso de verificación y seguimiento de los datos.

Una versión en PDF del cuestionario está disponible en el sitio web de ONUSIDA. También puede descargarse a través del encabezado del ICPN en la lista de indicadores de la herramienta de elaboración de informes en línea GAM (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Consulte el glosario de términos clave que figura a continuación y las orientaciones adicionales sobre cómo responder a las preguntas relacionadas con las leyes en el ICPN (anexo 6).

5. El punto focal nacional de GAM ingresa las respuestas en la herramienta de informes GAM en línea.
6. Las partes interesadas pueden ver y comentar el borrador de las respuestas. El borrador del ICPN completado puede compartirse con las partes interesadas otorgándoles derechos de visualización en la herramienta de reporte en línea GAM o compartiendo el cuestionario del ICPN con el borrador de las respuestas en PDF. El PDF puede extraerse de la herramienta de informes en línea haciendo clic en **Imprimir todo el ICPN en PDF** en la página de la lista de indicadores.

7. Realizar una consulta de validación:

- o Revisar las respuestas del ICPN a determinadas preguntas.
- o Analizar los datos del ICPN juntamente con los datos de los indicadores, identificando los avances, las deficiencias, los obstáculos y los facilitadores de la respuesta al sida.
- o Identificar los puntos clave para los resúmenes narrativos de cada área de compromiso.

Debido a la extensión del cuestionario, se sugiere que las respuestas a todas las preguntas no se revisen durante el taller nacional de validación, sino que el taller se centre en: (a) preguntas específicas identificadas como clave para el debate durante el proceso de recopilación y revisión de datos antes del taller; y (b) en debatir los avances y las lagunas de cada área de compromiso de forma más general.

8. Actualizar las respuestas del ICPN introducidas en la herramienta de reporte en línea del GAM basándose en los comentarios recibidos en la preparación y durante la consulta, y completar los resúmenes narrativos para cada área de compromiso.
9. Presentar las respuestas al ICPN con otros componentes del GAM antes del 31 de marzo de 2025.
10. Responder a las consultas enviadas a través de la herramienta de reporte en línea durante el proceso de validación de datos.

Operacionalización y utilización de los datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

Los datos recopilados a través del ICPN complementarán los datos de indicadores y gastos que también se recopilan y reportan a través del proceso GAM. Se anima a los países a utilizar los datos del ICPN para analizar la situación de la epidemia y la respuesta nacional, así como en sus esfuerzos de planificación estratégica nacional.

Los datos del ICPN también se utilizarán (a) para monitorear directamente el progreso a nivel global hacia varios de los objetivos 10-10-10 y como medidas indirectas de las metas del 30-80-60; (b) para proporcionar contexto a los datos cuantitativos recopilados a través de los indicadores GAM durante el análisis del progreso hacia otros compromisos globales en la Declaración Política sobre el Sida de 2021; y (c) para informar las estrategias e informes globales. Las respuestas a las preguntas del ICPN de cada país se agregarán para generar valores regionales y mundiales. Los datos del ICPN por país estarán disponibles a través de AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) y Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Para información adicional importante sobre cómo interpretar y responder a las preguntas del ICPN sobre la existencia de ciertas leyes, consulte el Anexo 6 de estas directrices.

Cargar datos previamente reportados a través del Monitoreo Global del Sida

Los países que ingresaron respuestas a preguntas de un ICPN anterior pueden optar por cargar esas respuestas en la herramienta de reporte en línea del GAM 2025 si estas respuestas no han cambiado con respecto a la ronda de informes anterior. Las respuestas pueden actualizarse o volver a enviarse si no han habido cambios.

Definiciones

A continuación figuran las definiciones de los términos clave incluidos en el cuestionario del ICPN. Estos están marcados con un asterisco (*) en el cuestionario.

Deben seguirse estas definiciones para completar el cuestionario: el uso coherente de estas definiciones a lo largo del tiempo y entre países refuerza la comparabilidad y los análisis de tendencias.

Transferencias de efectivo. Programas que dan dinero a personas pobres y vulnerables. Las transferencias de efectivo pueden ser condicionales, es decir, dar dinero a cambio de cumplir determinadas condiciones de comportamiento (como la asistencia de los niños a la escuela), o incondicionales (no están vinculadas a requisitos específicos de comportamiento).

Establecido en terapia antirretroviral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas establecidas en terapia antirretroviral como aquellas que han cumplido todos los criterios siguientes: han estado recibiendo terapia antirretroviral durante al menos seis meses; no tienen ninguna enfermedad actual, que no incluya afecciones crónicas bien controladas; tienen un buen conocimiento de la adherencia a lo largo de la vida: se les proporciona un asesoramiento adecuado sobre adherencia; y hay pruebas de éxito del tratamiento (al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos seis meses; si no se dispone de carga viral, puede considerarse al menos uno de los siguientes: Recuento de CD4 >200 células/mm³ [recuento de CD4 >350 células/mm³ para niños de 3-5 años] o aumento de peso, ausencia de síntomas e infecciones concurrentes).²

Violencia de género. Violencia que establece, mantiene o intenta reafirmar relaciones de poder desiguales basadas en el género. Abarca los actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, la amenaza de tales actos y la coacción y otras privaciones de libertad.³

Vigilancia de casos de VIH. La vigilancia de casos de VIH consiste en reportar un diagnóstico inicial de infección por VIH y eventos centinela definidos de cada persona diagnosticada con VIH a una agencia de salud pública responsable de monitorear y controlar la epidemia. La vigilancia de casos implica datos longitudinales a nivel individual obtenidos de múltiples fuentes que se vinculan mediante identificadores únicos y se mantienen en un repositorio de datos específico a nivel nacional.⁴

Educación sexual y sobre el VIH basada en la preparación para la vida. Un enfoque culturalmente sensible y adecuado a la edad para la enseñanza del sexo y las relaciones proporcionando información científicamente precisa, realista y sin prejuicios.⁵

² Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>).

³ Directrices terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-terminology-guidelines_en.pdf).

⁴ Directrices consolidadas sobre el seguimiento de pacientes y la vigilancia de casos de VIH centrados en la persona. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>).

⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación sexual: Volumen I - Fundamentos de la educación sexual. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2009 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf000183281>).

Inhibidores no nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa (ITINN). Clase de medicamento antivírico no análogo de los nucleósidos que bloquea o interfiere con la transcriptasa inversa del VIH e impide la replicación del VIH.

Participación. Participación activa e informada en la formulación, aplicación, seguimiento y evaluación de todas las decisiones, políticas e intervenciones que afectan a la propia salud, con el fin de garantizar el respeto de los derechos humanos. También significa garantizar que los sistemas y las intervenciones sanitarias sean receptivos, eficaces, apropiados y sostenibles. La participación es informada cuando las personas pueden acceder a la información necesaria para participar de forma significativa y eficaz. Si es necesario, deben llevarse a cabo actividades de capacitación para garantizarlo.⁶

Pruebas rutinarias de carga viral. Se puede monitorear la carga viral de manera rutinaria a los seis y 12 meses, y después cada 12 meses, si el paciente está estable con la terapia antirretroviral.⁷

Protección social. Definida como “todas las iniciativas públicas y privadas que proporcionan transferencias de ingresos o de consumo a los pobres, protegen a los vulnerables contra los riesgos de subsistencia y mejoran la condición social y los derechos de los marginados; con el objetivo general de reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres, vulnerables y marginados.”⁸ La protección social es sensible al VIH cuando incluye a las personas que corren el riesgo de infectarse por el VIH o son susceptibles de sufrir sus consecuencias.⁹

Desabastecimiento. Interrupción imprevista de las existencias de un producto sanitario.

⁶ Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf).

⁷ Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089>).

⁸ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Protección social transformadora. Documento de trabajo 232 del IDS. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (<https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>).

⁹ Nota orientativa sobre VIH y protección social. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf).

ICPN Interino

Abreviaturas

1HP	1 mes de rifapentina diaria más isoniazida
3HP	3 meses de rifapentina semanal más isoniazida
3HR	3 meses de rifampicina diaria más isoniazida
3TC	lamivudina
4R	4 meses de rifampicina diaria
6H	6 meses de monoterapia diaria con isoniazida
6Lfx	6 meses de monoterapia diaria con levofloxacino
9H	9 meses de monoterapia diaria con isoniazida
ABC	abacavir
ATV/r	atazanavir/ritonavir
AZT	zidovudina
CAB-LA	cabotegravir inyectable de acción prolongada
CrAg	antígeno criptocócico
DPV-VR	anillo vaginal de dapivirina
DVR	anillo vaginal de dapivirina
DRV/r	darunavir/ritonavir
DTG	dolutegravir
EFV	efavirenz
FTC	emtricitabina
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
IGRA	ensayo de liberación de interferón-gamma
LF-LAM	ensayo de lipoarabinomanano de flujo lateral en orina
LPV/r	lopinavir con un refuerzo de ritonavir
ICPN	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales
NNRTI	inhibidores no nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa
NRTI	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
PDR	esistencia a los fármacos antes del tratamiento
PPE	profilaxis post-exposición
PrEP	profilaxis preexposición
RPR	reactivo plasmático rápido
TAF	tenofovir
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir disoproxil fumarate
TPHA	Ensayo de hemaglutinación del Treponema pallidum
TPPA	Ensayo de aglutinación de partículas de Treponema pallidum
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VDRL	laboratorio de investigación de enfermedades venéreas
OMS	Organización Mundial de la Salud

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino

* Las directrices del ICPN definen los términos marcados con un asterisco (*).

1. Prevención combinada para todos

- Reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 370 000 en 2025.
- Garantizar que el 95% de las personas en riesgo de infección por el VIH -dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos- tengan acceso y utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes por debajo de 50 000 para 2025.
- Garantizar la disponibilidad de la profilaxis preexposición (PrEP) para 10 millones de personas en riesgo sustancial de contraer el VIH y de la profilaxis postexposición (PPE) para las personas expuestas recientemente al VIH para 2025.
- El 95% de las personas en contextos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilizan opciones de prevención combinada adecuadas, prioritarias, centradas en las personas y eficaces.

Profilaxis previa a la exposición

1. ¿Recomiendan las directrices nacionales de su país alguna de las siguientes modalidades o productos de profilaxis preexposición (PrEP) (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- PrEP oral diaria conteniendo tenofovir (TDF)
- El anillo vaginal de dapivirina (DPV-VR ó DVR)
- Cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA)
- Las directrices nacionales no recomiendan ninguna modalidad o producto de PrEP

1.1 ¿A qué grupos de población se suministra la PrEP según las directrices nacionales (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Profesionales del sexo
- Personas que usan drogas inyectables
- Personas transgénero
- Parejas serodiscordantes
- Mujeres jóvenes (18–24 años)
- Adolescentes (<17 años)
- Personas en prisiones y otros entornos encerrados
- Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia
- Personas que solicitan la PrEP
- Otros (especifique): _____
- No se han elaborado directrices nacionales sobre la PrEP

1.2 ¿Quién tiene autoridad para proveer profilaxis preexposición (PrEP) en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Médicos
- Funcionarios clínicos
- Cuadros de enfermería (por ejemplo, matronas, enfermeras profesionales, enfermeras registradas)
- Farmacéuticos
- Trabajadores de salud comunitarios
- Otros (especifique): _____
- Ningún proveedor tiene la autoridad para proveer PrEP en el país

1.3 ¿Está disponible la PrEP en su país a través de alguna de las siguientes opciones (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Centros públicos de salud
 - Distribución comunitaria (incluidos los servicios móviles)
 - Farmacias (independientes o en línea)
 - Proveedores sanitarios privados
 - Internet
 - Centros de investigación
 - Otros (especifique): _____
-

Profilaxis post-exposición

- 2. ¿Recomiendan las directrices nacionales de su país la profilaxis post-exposición para alguno de los siguientes grupos?**
- Exposición relacionada con la atención sanitaria (exposición ocupacional)
 - Exposición relacionada con la violencia sexual o de género
 - Cualquier otra exposición
- 2.1 ¿Quién tiene autoridad para proveer la profilaxis post-exposición en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?**
- Médicos
 - Funcionarios clínicos
 - Cuadros de enfermería (por ejemplo, matronas, enfermeras profesionales, enfermeras registradas)
 - Farmacéuticos
 - Trabajadores de salud comunitarios
 - Otros (especifique): _____
- 2.2 ¿Está disponible la profilaxis post-exposición en su país a través de alguna de las siguientes opciones (seleccione todas las opciones que correspondan)?**
- Centros públicos de salud
 - Distribución comunitaria (incluidos los servicios móviles)
 - Farmacias (independientes o en línea)
 - Proveedores sanitarios privados
 - Internet
 - Centros de investigación
-

Circuncisión masculina médica voluntaria

Tenga en cuenta que estas preguntas sólo se formulan a 15 países con alta prevalencia del VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemias heterosexuales generalizadas: Botsuana, Eswatini, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabue.

- 3. ¿Qué métodos médicos de circuncisión masculina recomienda/aprueba el programa nacional (seleccione todas las opciones que correspondan)?**
- Métodos quirúrgicos convencionales (hendidura dorsal, guiado con fórceps, resección en manguito)
 - Método de dispositivo precalificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobado para su uso
-

Preservativos

- 4. ¿Se ha calculado la necesidad nacional de preservativos?**
- Sí
 - No
- 4.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el número estimado de preservativos necesarios? _____**
- 4.2 En caso afirmativo, ¿para qué año se estiman las necesidades de preservativos? _____**
- 4.3 En caso afirmativo, ¿qué método se utilizó para calcular el número de preservativos necesarios (seleccione todas las opciones que correspondan)?**
- Población general (preservativos por hombre sexualmente activo/año)
 - Histórico (igual que el año pasado + crecimiento demográfico)
 - En función del presupuesto (de lo que se puede comprar)
 - Basado en la demanda (basado en los índices de uso de preservativos en el pasado, como el modelo GOALS)
 - En función de la capacidad (cuántos se pueden suministrar y distribuir con la capacidad actual)
 - Parte de las estimaciones de las necesidades de planificación familiar
 - Enfoque del "universo total de necesidades"
 - Herramienta de estimación de necesidades y recursos de preservativos del UNFPA/ONUSIDA
 - Otros (especifique): _____
-

5. ¿Ha habido desabastecimientos* de preservativos en los últimos 12 meses?

5.a Desabastecimiento nacional

- Sí
 No

5.b Desabastecimiento local

- Sí
 No
-

2. 95-95-95 para pruebas y tratamiento del VIH

- Reducir las muertes anuales relacionadas con el sida a menos de 250 000 para 2025.
 - Garantizar que 34 millones de personas reciban tratamiento contra el VIH en 2025.
 - Alcanzar los objetivos 95-95-95 de realización de pruebas, tratamiento y supresión viral en todos los grupos demográficos, grupos y entornos geográficos, incluidos los niños y adolescentes que viven con el VIH:
 - El 95% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico.
 - El 95% de las personas que conocen su estado serológico acceden al tratamiento.
 - El 95% de las personas en tratamiento tienen carga viral suprimida.
 - Garantizar que el 90% de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis (TB) para 2025.
 - Reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 80% para 2025 (en comparación con el valor de referencia de 2010).
-

Pruebas del VIH

6. ¿Cuáles de los siguientes enfoques de pruebas del VIH se utilizan en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- Comprobación del estado de los indicadores
- Pruebas prenatales rutinarias
- Pruebas dobles de diagnóstico rápido de VIH/sífilis (para embarazadas, parejas o cualquier grupo de población).
- Pruebas comunitarias
- Pruebas de proveedores no profesionales
- Autodiagnóstico
- Pruebas basadas en la red (incluidos servicios a la pareja, pruebas de redes sociales o pruebas familiares)
- Otros (especifique): _____
-

7. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las *Directrices consolidadas sobre servicios diferenciados de pruebas del VIH de 2024 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)* en un proceso nacional sobre directrices de pruebas?

- Sí, totalmente
- Sí, parcialmente
- No
- No sé
-

-
- 8. ¿Ha incluido su país el autodiagnóstico como política nacional (ya sea dentro de la política/plan nacional de pruebas o como política independiente de autodiagnóstico)?**
- 8.a Autodiagnóstico del VIH**
- Sí
- No
- 8.a.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política de autodiagnóstico del VIH de forma rutinaria en su país?**
- La política de autodiagnóstico del VIH se implementa rutinariamente a escala nacional
- La política de autodiagnóstico del VIH se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, no se implementa en ninguna parte
- 8.a.ii En caso afirmativo a la P8.a, ¿ha incluido su país el autodiagnóstico del VIH para apoyar el inicio o la continuación de la PrEP (ya sea dentro de la política o plan nacional de pruebas del VIH o como política independiente de autodiagnóstico del VIH)?**
- Sí
- No
- 8.a.iii Si la respuesta a la P8.a.ii es afirmativa, ¿se implementa de forma rutinaria en su país el autodiagnóstico del VIH para apoyar la PrEP?**
- Sí, se implementa rutinariamente a escala nacional
- Sí, se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se implementa en ninguna parte
- 8.a.iv Si la respuesta a la P8.a es afirmativa, ¿ha incluido su país el autodiagnóstico del VIH para apoyar el inicio o la continuación de la profilaxis postexposición (ya sea dentro de la política o el plan nacional de pruebas del VIH o como política independiente de autodiagnóstico del VIH)?**
- Sí
- No
- 8.a.v Si la respuesta a la pregunta 8.a.iv es afirmativa, ¿se implementa de forma rutinaria en su país el autodiagnóstico del VIH para apoyar la profilaxis postexposición?**
- Sí, se implementa rutinariamente a escala nacional
- Sí, se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados.
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se implementa en ninguna parte
- 8.b Autodiagnóstico de sífilis**
- Sí
- No
- 8.b.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política de autodiagnóstico de sífilis de forma rutinaria en su país?**
- La política de autodiagnóstico de la sífilis se implementa rutinariamente a escala nacional
- La política de autodiagnóstico de la sífilis se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, no se implementa en ninguna parte
- 8.c Autodiagnóstico de la hepatitis C**
- Sí
- No
- 8.c.i En caso afirmativo, ¿se implementa la política de autodiagnóstico de la hepatitis C de forma rutinaria en su país?**
- La política de autodiagnóstico de la hepatitis C se implementa rutinariamente a escala nacional
- La política de autodiagnóstico de la hepatitis C se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, no se implementa en ninguna parte
- 8.d Otras pruebas de autodiagnóstico (especifique)**
- Sí
- No
- 8.d.i En caso afirmativo, ¿se implementa la otra política de autodiagnóstico de forma rutinaria en su país?**
- Otra política de autodiagnóstico se implementa rutinariamente a escala nacional
- Otra política de autodiagnóstico se implementa rutinariamente a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, no se implementa en ninguna parte
-

9. ¿Ha incluido su país alguna forma de pruebas basadas en redes (servicios de pareja, pruebas de redes sociales, pruebas familiares) en una política nacional (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Sí, servicios de pareja
- Sí, pruebas de redes sociales
- Sí, pruebas familiares
- No, ninguna de las anteriores

9.1 En caso afirmativo, ¿cuál de los siguientes enfoques de pruebas basadas en redes se está utilizando (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Servicios de pareja asistidos por el proveedor
- Servicios de pareja pasivos
- Pruebas de redes sociales en poblaciones clave
- Pruebas de redes sociales en la población general
- Distribución secundaria de kits de autodiagnóstico del VIH a parejas o contactos de la red
- Pruebas a hijos biológicos de personas que viven con el VIH

10. ¿Ha adoptado o incluido su país pruebas duales de diagnóstico rápido del VIH/sífilis para mujeres embarazadas y/o poblaciones clave como política o plan nacional?

- Sí, solo para embarazadas
- Sí, solo para poblaciones clave
- Sí, tanto para mujeres embarazadas como para poblaciones clave
- No

10.1 En caso afirmativo, ¿se implementan de forma rutinaria en su país las pruebas duales de diagnóstico rápido del VIH/sífilis?

10.1.a Para las mujeres embarazadas:

- Sí, se implementa de forma rutinaria a escala nacional
- Sí, se implementa de forma rutinaria a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se implementa en ningún sitio

10.1.b Para personas de poblaciones clave:

- Sí, se implementa de forma rutinaria a escala nacional
- Sí, se implementa de forma rutinaria a escala subnacional o en distritos seleccionados
- No, sólo en proyectos piloto
- No, no se implementa en ningún sitio

11. ¿Utiliza su país tres pruebas reactivas consecutivas (estrategia/algoritmo de las 3 pruebas) para un diagnóstico VIH-positivo?

- Sí
- No

11.1 En caso afirmativo a la pregunta 11, ¿se implementa de forma rutinaria la estrategia de las 3 pruebas en su país?

- Sí
- No

11.2 En caso negativo a la pregunta 11, ¿tiene previsto su país adoptar una estrategia/algoritmo de 3 pruebas para el diagnóstico del VIH?

- Sí
- No

11.3 En caso afirmativo a la pregunta 11.2, indique el año en que se prevé adoptar una política nacional sobre la estrategia de 3 pruebas para un diagnóstico VIH-positivo.

- Año no previsto
 - 2024
 - 2025
 - 2026
 - 2027
 - 2028
-

11.4 **¿Utiliza su país las siguientes pruebas en la estrategia/ algoritmo nacional de pruebas estándar/ de rutina (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Diagnóstico rápido (prueba de anticuerpos)
 - Diagnóstico rápido (prueba de anticuerpos/antígenos)
 - Inmunoensayo
 - Western blot
 - Prueba de ácido nucleico
 - Prueba de recencia
-

Terapia antirretroviral

12. **¿Ha adoptado su país las recomendaciones sobre el inicio rápido de la terapia antirretroviral de las Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública?**

- Sí, iniciación rápida en los 7 días siguientes al diagnóstico de VIH
- No
- Otros (especifique): _____

12.1 **Si su país ha adoptado una política de inicio rápido de la terapia antirretroviral, ¿cuál es el estado de implementación?**

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 - Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 - Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 - No se aplica en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

13. **¿Dispone su país de una política para ofrecer el inicio de la terapia antirretroviral el mismo día del diagnóstico del VIH, como parte de la política de inicio rápido de la terapia antirretroviral?**

- Sí
- No

13.1 **En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?**

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 - Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 - Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 - No se aplica en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

14. **¿Se dispone de pruebas de CD4 para diagnosticar la enfermedad por VIH avanzada?**

- Sí
- No

14.1 **En caso afirmativo, ¿dónde está disponible (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Punto de atención
- Laboratorio de instalaciones
- Laboratorio centralizado
- Otros (especifique): _____

14.2 **En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de centros (estimado) tienen acceso los clientes a las pruebas de CD4 y a la devolución de los resultados?**

- En pocos sitios (<50%)
- En muchos sitios (50-95%)
- En todo el país (>95% de los sitios)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

14.3 **En caso afirmativo, ¿cuál es el tiempo medio (en número de días) que tarda la persona en recibir el resultado de CD4?**

- Especifique: _____
 - No disponible
-

15. **¿Está permitida en su país la terapia antirretroviral iniciada por enfermera/os para alguna de las siguientes poblaciones (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Adultos, excepto mujeres embarazadas
- Mujeres embarazadas
- Adolescentes (10–19 años)
- Niños menores de 10 años
- Ninguna de las anteriores

16. **¿Cuenta su país con una política nacional que promueva la entrega de terapia antirretroviral en la comunidad (por ejemplo, fuera de los centros de salud)?**

- Sí
- No

16.1 **En caso afirmativo, ¿dónde se implementa la entrega en la comunidad?**

- A escala nacional
- A nivel regional
- En centros piloto
- Otros (especifique): _____

16.2 **En caso afirmativo, ¿a qué poblaciones se suministra terapia antirretroviral en entornos comunitarios en su país (por ejemplo, fuera de los centros de salud)?**

- Para todas las personas en terapia antirretroviral, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes y los niños
- Para todas las personas en tratamiento antirretroviral, excluidas las mujeres embarazadas y lactantes y los niños
- Para todas las personas en tratamiento antirretroviral, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, pero excluidos los niños
- Para todas las personas en tratamiento antirretroviral, incluidos los niños, pero excluidas las mujeres embarazadas y lactantes
- Para todas las personas estables en terapia antirretroviral, según las directrices nacionales
- Otro (especifique): _____

16.3 **En caso afirmativo, ¿qué servicios de atención diferenciada utiliza su país para la recogida de medicamentos antirretrovirales (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Modelos de grupo gestionados por personal de salud (como clubes de adherencia, clubes de adolescentes).
- Modelos de grupo gestionados por los clientes (como grupos comunitarios de adherencia, administración de TAR dirigida por el cliente).
- Modelos individuales basados en centros de salud (como reposición de ARV para varios meses, recogida rápida de ARV).
- Modelos individuales no basados en establecimientos (como puntos comunitarios de distribución de medicamentos, casilleros de ARV, entrega de ARV a domicilio, clínicas móviles).

17. **¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los adultos que están establecidos en la terapia antirretroviral?**

- Sí
- No

17.1 **En caso afirmativo, especifique la frecuencia de las visitas clínicas en la política nacional.**

- Una vez al mes
- Cada 2 meses
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cada 12 meses

17.2 **En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?**

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 - Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 - Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 - No se aplica en la práctica
 - Otro (especifique): _____
-

18. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia con la que los adultos que están establecidos en terapia antirretroviral deben recoger los medicamentos antirretrovirales?

- Sí
 No

18.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de recogida de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional.

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otro (especifique): _____

18.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otro (especifique): _____

19. ¿Incluyen los criterios nacionales del país para (o la definición de) las personas establecidas* en terapia antirretroviral los siguientes elementos definidos en las Directrices consolidadas de 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (seleccione todas las que correspondan)?

- Recibir terapia antirretroviral durante al menos 6 meses
 Ninguna enfermedad actual (no incluye enfermedades crónicas bien controladas)
 Buena comprensión de la adherencia a lo largo de la vida
 Evidencia del éxito del tratamiento (es decir, al menos un resultado de carga viral suprimida en los últimos seis meses)
 Otro (especifique): _____

20. ¿Proporciona el país apoyo psicológico a los adolescentes que viven con el VIH?

- Sí
 No

21. ¿Ejecuta su país intervenciones para localizar a las personas que se han desvinculado de la asistencia y proporcionarles apoyo para que vuelvan a participar?

- Sí
 No

22. Facilite los criterios nacionales para (o la definición de) la pérdida de seguimiento. A título orientativo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define "perdido durante el seguimiento" como un paciente que no ha recibido medicamentos antirretrovirales en los 28 días siguientes a su última cita de recogida de medicamentos.¹

23. ¿Ha adoptado su país las recomendaciones de las Directrices consolidadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública que ofrezca un paquete de intervenciones a todos los pacientes que presenten una enfermedad por VIH avanzada (definida por la OMS como CD4<200)?

- Sí, totalmente adoptado
 Sí, parcialmente adoptado (sólo para intervenciones y/o poblaciones específicas, como niños, adolescentes o adultos) especifique: _____
 No

23.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
 Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otro (especifique): _____

¹ Fuente: Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022, page 127)

24. **¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete de intervenciones avanzadas de la enfermedad por el VIH para la tuberculosis (TB), las infecciones bacterianas graves y la meningitis criptocócica recomendadas en las *Directrices consolidadas de la OMS de 2021 sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH*: recomendaciones para un enfoque de salud pública se incluyen en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccione todas las que correspondan)?**

- Pruebas de referencia del recuento de CD4 para diagnosticar la enfermedad avanzada por VIH
- Pruebas de diagnóstico molecular para el diagnóstico de la tuberculosis
- LF-LAM en orina para el diagnóstico para la tuberculosis
- Detección del antígeno criptocócico (CrAg)
- Profilaxis con cotrimoxazol
- Tratamiento preventivo de la tuberculosis
- Profilaxis empírica con fluconazole
- Terapia preventiva con fluconazole
- Inicio rápido de la terapia antirretroviral
- Apoyo a la adherencia adaptado
- Otro (especifique): _____

25. **¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios están incluidas en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Los proveedores de servicios para la tuberculosis (TB) proporcionan terapia antirretroviral en las clínicas de TB durante la duración del tratamiento de la TB
 - Los proveedores de terapia antirretroviral proporcionan tratamiento contra la TB en clínicas de terapia antirretroviral durante la duración del tratamiento contra la TB
 - Los proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil proporcionan terapia antirretroviral en las clínicas de salud materna, neonatal e infantil
 - Los proveedores de terapia antirretroviral administran tratamiento antirretroviral a las embarazadas
 - Los proveedores de terapia antirretroviral administran tratamiento antirretroviral a recién nacidos, lactantes y niños
 - Evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo a las personas malnutridas que viven con el VIH
 - Terapia antirretroviral administrada en entornos que proporcionan terapia de mantenimiento con agonistas opiáceos
 - Los proveedores de atención primaria administran terapia antirretroviral en atención primaria a adultos y adolescentes
 - Los proveedores de atención primaria administran terapia antirretroviral en centros de atención primaria para niños
 - Estrategias de apoyo psicosocial para una atención centrada en el paciente (p. ej., grupos de apoyo, asesoramiento reforzado sobre la adherencia, apoyo para la revelación de información o derivación a servicios psicológicos/socioeconómicos) vinculadas a los centros
 - Apoyo centrado en el paciente (por ejemplo, asesoramiento, asesoramiento para mejorar la adherencia, apoyo para la revelación de información o derivación a servicios psicológicos/socioeconómicos) separado de las instalaciones
 - Servicios amigables para las poblaciones clave
 - Servicios amigables para adolescentes
 - Terapia antirretroviral entregada en la comunidad como parte de un modelo de atención diferenciada
 - Los proveedores de terapia antirretroviral realizan pruebas de detección y control de enfermedades cardiovasculares
 - Los proveedores de terapia antirretroviral realizan exámenes y tratamientos de salud mental
 - Otro (especifique): _____
-

-
26. ¿Pagan los pacientes alguna tasa o cargo por los servicios prestados cuando acuden a un centro de salud del sector público?
- Sí
- No
- 26.1 En caso afirmativo, ¿existe una tasa formal específica o una tasa informal/variable para lo siguiente?
- 26.1.a. Pruebas del VIH
- Formal
- Informal
- 26.1.b. Dispensación de profilaxis preexposición (PrEP)
- Formal
- Informal
- 26.1.c. Cita de atención primaria
- Formal
- Informal
- 26.1.d. Tarjetas de paciente
- Formal
- Informal
- 26.1.e. Servicios de diagnóstico (incluida la prueba de carga viral)
- Formal
- Informal
- 26.1.f. Dispensación del tratamiento de VIH
- Formal
- Informal
- 26.1.g. Dispensación de prevención y tratamiento de coinfecciones
- Formal
- Informal
- 26.1.h. Dispensación de otras co-terapias (por ejemplo, medicamentos para enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, vacunas)
- Formal
- Informal
-

Regímenes de terapia antirretroviral

Adultos y adolescentes

27. Basándose en las recomendaciones de las Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública de la OMS de 2021, ¿es TDF + 3TC (o FTC) + DTG la combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en las directrices nacionales para lo siguiente?:
- 27.a ¿Adultos y adolescentes?
- Sí
- No, TDF + 3TC (or FTC) + DTG se incluye como regimen alternativo de primera línea
- No
- 27.a.i. En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?
- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otro (especifique): _____
- 27.a.ii. En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ABC + 3TC + DTG
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Otros regimenes (especifique): _____
- 27.a.iii. En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC (o FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2025?
- Sí
- No
- 27.b ¿Mujeres en edad fértil?
- Sí
- No
- 27.b.i. En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Otros regimenes (especifique): _____
- 27.b.ii. En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2025?
- Sí
- No
- 27.c. ¿Mujeres embarazadas y/o en período de lactancia?
- Sí
- No
- 27.c.i. En caso negativo, ¿cuáles son las opciones preferidas?
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Otros regimenes (especifique): _____
- 27.c.ii. En caso negativo, ¿hay algún plan para adoptar TDF + 3TC o (FTC) + DTG como combinación antirretroviral de primera línea preferida para el inicio del tratamiento en 2025?
- Sí
- No

28. **¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral de dosis fija (FDC) como terapia de primera línea preferida (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

Sí, combinación de 3 fármacos de dosis fija, tomados una vez al día

Sí, combinación de 2 fármacos de dosis fija más 1 fármaco, tomado una vez al día No

Otros (especifique): _____

29. **¿Se incluye en las directrices nacionales un régimen basado en DTG como opción para la combinación antirretroviral de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?**

Sí, como opción preferida

Sí, como opción alternativa

No

Otros (especifique): _____

30. **¿Está incluido el atazanavir/ritonavir (ATV/r) en las directrices nacionales como opción de inhibidor de la proteasa para la combinación antirretroviral de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?**

Sí, como opción preferida

Sí, como opción alternativa

Sí, como opción de tercera línea

No

Otros (especifique): _____

31. **¿Está lopinavir/ritonavir (LPV/r) incluido en las directrices nacionales como opción de inhibidor de la proteasa para la combinación antirretroviral de segunda línea para adultos y adolescentes con VIH?**

Sí, como opción preferida

Sí, como opción alternativa

Sí, como opción de tercera línea

No

Otros (especifique): _____

32. **¿Está incluido darunavir/ritonavir (DRV/r) en las directrices nacionales como opción de inhibidor de la proteasa para la combinación antirretroviral de segunda línea en adultos y adolescentes con VIH?**

Sí, como opción preferida

Sí, como opción alternativa

Sí, como opción de tercera línea

No

Otros (especifique): _____

Niños

33. ¿Son los regímenes DTG la opción de inicio de tratamiento preferida en las directrices nacionales para todos los lactantes y niños con VIH?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg
- Sí, pero sólo para niños que pesen más de 20 kg
- No
- Otros (especifique): _____

33.1 Si la DTG no es la opción de tratamiento preferida para lactantes y niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg, ¿son los regímenes basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida?

- Sí, para todos
- No, pero sólo para niños que pesen menos de 20 kg
- No

34. ¿Cuál es el NRTI* de referencia recomendado en las directrices nacionales para el inicio del tratamiento en niños?

- TDF + 3TC (or FTC)
- AZT + 3TC (or FTC)
- ABC + 3TC (or FTC)
- Otros (especifique): _____

35. ¿Se recomienda la DTG como opción preferida de segunda línea para los niños a los que les fallan los regímenes basados en NNRTI*?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas
- Sí, para niños que pesen más de 20 kg
- No
- Otros (especifique): _____

36. ¿Se recomienda la DTG como opción preferente de segunda línea para los niños a los que les fallan los regímenes basados en inhibidores de la proteasa?

- Sí, para todos los niños mayores de 4 semanas y que pesen más de 3 kg
- Sí, pero sólo para niños que pesen más de 20 kg
- No
- Otros (especifique): _____

37. ¿Cuál es la opción de segunda línea recomendada para los niños a los que les fallan los regímenes basados en DTG?

- LPV/r
- ATV/r
- Otros (especifique): _____

38. ¿Está incluido en las directrices nacionales un régimen basado en darunavir/ritonavir (DRV/r) como opción para la terapia antirretroviral de niños con VIH?

- Sí, como opción preferida de segunda línea
- Sí, como opción alternativa de segunda línea
- Sí, sólo como opción de tercera línea
- No recomendado
- Otros (especifique): _____

39. ¿Se integra alguna de las siguientes actividades de desarrollo de la primera infancia en los programas de VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Cuidados sensibles
- Promover el aprendizaje temprano
- Integrar las intervenciones sobre cuidados y nutrición
- Apoyo a la salud mental materna
- Ninguna de las anteriores

Carga viral

40. A partir de las directrices nacionales de tratamiento, indique el umbral en el que la supresión de carga viral² en un individuo se define como suprimida:

- ≤1000 copias/ml
- ≤400 copias/ml
- ≤200 copias/ml
- ≤50 copias/ml
- No se detecta por la prueba o el tipo de muestra utilizado
- Otro (especifique): _____

41. ¿Tiene su país una política nacional actual sobre pruebas de carga viral rutinarias* para el monitoreo de la terapia antirretroviral?

41.a Adultos y adolescentes

- Sí
- No

41.a.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otro (especifique): _____

41.b. Para niños

- Yes
- No

41.b.i Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otro (especifique): _____

42. ¿Cuenta actualmente su país con una política nacional sobre las pruebas de carga viral en los puntos de atención?

- Sí
- No

42.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos centros de tratamiento (<50%)
- Implementado en muchos centros de tratamiento (50-95%)
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
- No se aplica en la práctica
- Otro (especifique): _____

43. En la política nacional, ¿están recomendados los especímenes de manchas de sangre seca para las pruebas de carga viral?

- Sí
- No
- Otro (especifique): _____

43.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de implementación?

- Total
 - Parcial
 - No están implementados
-

² El umbral de supresión viral para puede diferir del umbral para determinar el fracaso del tratamiento.

Resistencia a los medicamentos de VIH y monitoreo de la toxicidad

44. ¿Cuenta su país con un plan nacional para monitorear la farmacoresistencia del VIH?

- Sí
 No

44.1 En caso afirmativo, especifique los años cubiertos por el plan: _____

45. En los últimos tres años, ¿ha llevado a cabo su país la vigilancia de la farmacoresistencia del VIH (HIVDR) de acuerdo con alguno de los siguientes protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

45.a Estudios de farmacoresistencia previos al tratamiento (PDR)³

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta PDR este año
 No, y no está previsto realizar la encuesta PDR este año

45.a.i En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta PDR: _____

45.b Encuesta sobre la farmacoresistencia del VIH entre personas expuestas a profilaxis preexposición (PrEP) diagnosticadas con VIH

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año

45.b.i En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

45.c Encuestas sobre farmacoresistencia adquirida en adultos ⁴

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año

45.c.i En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

45.d Encuestas sobre farmacoresistencia adquirida en niños

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año

45.d.i En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta: _____

45.e Resistencia del VIH a los fármacos en lactantes (<18 meses) mediante el diagnóstico temprano en lactantes ⁵

- Sí
 No, pero está previsto realizar la encuesta este año
 No, y no está previsto realizar la encuesta este año

45.e.i En caso afirmativo, especifique el año en que comenzó la última encuesta en lactantes: _____

45.f Encuesta o seguimiento rutinario del rendimiento clínico utilizando indicadores de alerta temprana para la farmacoresistencia del VIH

- Sí
 No

45.f.i En caso afirmativo, especifique:

- Año en que se monitoreó por última vez: _____
 Número de clínicas monitoreadas: _____

45.f.ii Los indicadores de alerta temprana de la farmacoresistencia del VIH se recopilaron mediante:

- Encuesta de indicadores de alerta temprana en una muestra de clínicas
 Sistemas de monitoreo rutinario de pacientes
-

³ For more details, please see: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy. Geneva: WHO; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507196>).

⁴ For more details, please see: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART. Geneva: WHO; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073>).

⁵ For more details, please see: HIV drug resistance. In: World Health Organization: Global HIV Programme: Treatment & Care [website]. Geneva; WHO; c2018 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>).

46. ¿Dispone su país de una política nacional de pruebas de farmacoresistencia del VIH para pacientes individuales que fallan en la terapia antirretroviral para su gestión clínica?

- Sí
 No

46.1 En caso afirmativo, ¿cuáles de los siguientes grupos se tienen en cuenta en la política (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Adultos en los que fracasa la terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG
 Niños en los que fracasa la terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG
 Adultos en los que fracasa la terapia antirretroviral de segunda línea basada en DTG
 Niños en los que fracasa la terapia antirretroviral de segunda línea basada en DTG
 Adultos en los que fracasa la terapia antirretroviral de segunda línea basada en inhibidores de la proteasa
 Niños en los que fracasa la terapia antirretroviral de segunda línea basada en inhibidores de la proteasa
 Pacientes en los que fracasa la terapia antirretroviral de tercera línea
 Otros (especifique):

47. ¿Dispone su país de una política nacional para la realización de pruebas de farmacoresistencia del VIH a pacientes individuales que inician una terapia antirretroviral?

- Sí
 No

47.1 En caso afirmativo, ¿cuáles de los siguientes grupos se tienen en cuenta en la política (seleccione todos los que correspondan)?

- Todos los adultos que inician una terapia antirretroviral de primera línea basada en DTG
 Personas con antecedentes de PrEP basada en tenofovir para la prevención del VIH
 Personas con un historial previo de PrEP basada en cabotegravir para la prevención del VIH
 Lactantes y niños que inician terapia antirretroviral de primera línea
 Embarazadas que inician terapia antirretroviral de primera línea
 Otro (especifique): _____

48. Excluyendo los enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿realiza su país un esfuerzo sistemático continuo para monitorear la toxicidad de los medicamentos antirretrovirales en el país?

- Sí
 No

48.1 En caso afirmativo, ¿qué enfoque se utilizan (seleccione todos los que correspondan)?

- Monitoreo rutinario de la toxicidad como parte del sistema nacional de monitoreo y evaluación
 Monitoreo/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adultos
 Monitoreo/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de los defectos congénitos

49. ¿Se han introducido enfoques de vigilancia de la toxicidad para controlar las reacciones adversas al uso de DTG?

- Sí
 No

49.1 En caso afirmativo, ¿qué métodos se utilizan (seleccione todos los que correspondan)?

- Monitoreo rutinario de la toxicidad como parte del sistema nacional de monitoreo y evaluación
 Monitoreo/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adultos
 Monitoreo/vigilancia activa de la toxicidad en cohortes de adolescentes y niños
 Registro de embarazos y vigilancia de los defectos congénitos

49.2 En caso afirmativo, ¿se ha impartido formación al personal sanitario sobre la gestión, captación y notificación de reacciones adversas a medicamentos relacionadas con la DTG?

- Sí
 No
-

Adherencia y retención

50. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales de apoyo a la adherencia (comunitarias y basadas en los centros)?

- Sí
 No
-

51. ¿Se está implementando en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia (seleccione todos los que correspondan)?

- Consejeros inter pares
 Mensajes de texto
 Uso de dispositivos de recordatorios
 Llamadas de seguimiento/visitas a domicilio para la reinserción del paciente
 Asesoramiento reforzado sobre la adherencia
 Referimiento a apoyo psicológico/socioeconómico
 Terapia cognitive-conductual
 Formación de habilidades conductuales/formación en adherencia de la medicación
 Combinaciones de dosis fijas y regímenes de una vez al día
 Gestión de casos
 Navegación de pares
 Otro (especifique): _____
-

52. ¿Dispone su país de políticas y/o estrategias nacionales sobre la retención en la terapia antirretroviral?

- Sí
 No
-

53. ¿Se está implementando en su país alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención (seleccione todos los que correspondan)?

- Intervenciones comunitarias
 Clubes de adherencia y apoyo entre pares
 Otro (especifique): _____
-

54. ¿Existen en su país programas de alfabetización sobre el tratamiento para las personas que viven con el VIH, que incluyan información sobre los efectos secundarios, la resistencia a los medicamentos, etc.?

- Sí
 No
-

Tuberculosis/VIH

55. **¿Se recomiendan las siguientes herramientas de detección para las personas que viven con el VIH en las directrices nacionales relacionadas con la tuberculosis (TB) y/o el VIH (seleccione todas las que correspondan)?**
- Detección de cuatro síntomas recomendado por la Organización Mundial de la Salud para adultos y adolescentes (>10 años)
 - Proteína C reactiva (PCR) para adultos y adolescentes (>10 años)
 - Radiografía de tórax para adultos y adolescentes (>10 años)
 - Pruebas moleculares de diagnóstico rápido de la tuberculosis aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (mWRD) para adultos y adolescentes (>10 años)
 - Detección de síntomas, como tos, fiebre, escaso aumento de peso o contacto estrecho con un paciente tuberculoso en niños menores de 10 años
 - Ninguna de las anteriores

56. **¿Ha adoptado su país la actualización de políticas de la OMS de 2019 sobre el uso del ensayo de lipoarabinomano en orina de flujo lateral (LF-LAM) para el diagnóstico y detección de la tuberculosis activa en personas que viven con el VIH (seleccione todos los grupos de edad que corresponda)?**
- Sí, para adultos y adolescentes (>10 años)
 - Sí, para niños (<10 años)
 - No

57. **¿Cuáles de los siguientes regímenes se recomiendan en las directrices nacionales para el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB)?**

57.a Adultos y adolescentes que viven con el VIH (seleccione todos los que correspondan)

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3HR)
- 1 mes de rifapentina diaria más isoniazida (1HP)
- 6 meses de monoterapia diaria con levofloxacina (6Lfx)
- Otro (especifique): _____
- Ninguno de los regímenes de tratamiento preventivo de la tuberculosis recomendados por la Organización Mundial de la Salud se recomienda en las directrices nacionales para adultos y adolescentes

57.a.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el preferido?

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3HR)
- 1 mes de rifapentina diaria más isoniazida (1HP)
- 6 meses de monoterapia diaria con levofloxacina (6Lfx)
- Otro (especifique): _____

57.b Niños que viven con el VIH (seleccione todos los que correspondan)

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
- 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
- 4 meses de rifampicina diaria (4R)
- 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
- 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3HR)
- 6 meses de monoterapia diaria con levofloxacina (6Lfx)
- Otro (especifique): _____
- El tratamiento preventivo de la TB no se recomienda en las directrices nacionales para niños

57.b.i Si se recomienda más de un régimen, ¿cuál es el preferido?

- 6 meses de monoterapia diaria con isoniazida (6H)
 - 9 meses de monoterapia diaria con isoniazida (9H)
 - 4 meses de rifampicina diaria (4R)
 - 3 meses de rifapentina más isoniazida semanales (3HP)
 - 3 meses de rifampicina diaria más isoniazida (3HR)
 - 6 meses de monoterapia diaria con levofloxacina (6Lfx)
 - Otro (especifique): _____
-

58. ¿Se exige lo siguiente en las directrices nacionales antes de iniciar el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TB) en personas con VIH?

58.a Pruebas cutáneas o ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA)

- Sí, para todos
- No
- Sólo si está disponible

58.b Rayos X

- Sí, para todos
- No
- Sólo si está disponible

59. En el último período de reporte, ¿ha habido desabastecimientos* de alguno de los siguientes productos?

59.a Isoniazida

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

59.b Vitamina B6

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

59.c Rifapentina (incluidas las combinaciones de dosis fijas con isoniazida)

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel local
- No

60. ¿Cuál es el estado de integración de los siguientes servicios de VIH y tuberculosis (TB)?

60.a Los diagnósticos moleculares rápidos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (por ejemplo, Xpert MTB/RIF) están ubicados en el mismo lugar:

- En pocos (<50%) centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH
- En muchos (50-95%) centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH
- En todo el país (>95% de los centros de salud que ofrecen pruebas y atención del VIH)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

60.b Las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis (TB) recibieron medicamentos antirretrovirales en el mismo lugar en el que reciben su tratamiento contra la TB:

- En pocos (<50%) centros de salud
- En muchos (50-95%) centros de salud
- En todo el país (>95% de los centros de salud)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

60.c La terapia antirretroviral la inicia el mismo personal de salud que proporciona tratamiento de la tuberculosis (TB) a las personas viviendo con VIH que tienen TB:

- En pocos (<50%) centros de salud
- En muchos (50-95%) centros de salud
- En todo el país (>95% de los centros de salud)
- No integrado en la práctica
- Otros (especifique): _____

60.d La terapia antirretroviral y el tratamiento de la tuberculosis (TB) de las personas viviendo con VIH con TB son monitoreados por un solo profesional de salud:

- En pocos (<50%) centros de salud
 - En muchos (50-95%) centros de salud
 - En todo el país (>95% de los centros de salud)
 - No integrado en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

3. Acabar con el SIDA pediátrico y eliminar la transmisión vertical

- Garantizar que el 75% de todos los niños que viven con el VIH tengan cargas virales suprimidas para 2023 y el 86% para 2025, en consonancia con los objetivos de tratamiento del VIH 95-95-95.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas del VIH, la sífilis, la hepatitis B y otras infecciones de transmisión sexual para 2025.
- Garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas y lactantes en entornos con alta carga de VIH tengan acceso a la repetición de las pruebas al final del embarazo y en el periodo posparto para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de por vida, y que el 95% logre y mantenga la supresión viral antes del parto y durante la lactancia para 2025.
- Garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes seronegativas en entornos con alta carga de VIH -o aquellas que tienen parejas masculinas con alto riesgo de VIH en todos los entornos- tengan acceso a la prevención combinada, incluida la profilaxis preexposición (PrEP), y que el 90% de sus parejas masculinas que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral de forma continuada.
- Garantizar que el 95% de los niños expuestos al VIH se sometan a la prueba antes de los dos meses de edad y tras el cese de la lactancia materna.

Prevención de la transmisión vertical del VIH

61. ¿Dispone su país de una política sobre la repetición de pruebas a las mujeres seronegativas durante el embarazo, el parto y/o el periodo posparto/lactancia?

- Sí
 No

61.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se vuelven a realizar las pruebas?

61.1.a Durante el embarazo

- Sí
 No

61.1.a.i En caso afirmativo, en qué mes de embarazo: _____

61.1.b En el momento del parto

- Sí
 No

61.1.c Posparto/lactancia

- Sí
 No

61.1.c.i En caso afirmativo, cuánto tiempo después del parto (en meses): _____

62. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical del VIH?

- Sí
 No

62.1 En caso afirmativo, especifique:

62.1.a Meta(s) para la tasa de transmisión vertical (%): _____

62.1.b Año: _____

62.1.c Meta(s) de eliminación (como el número de casos/100 000 habitantes): _____

62.1.d Año: _____

63. ¿Está implementando su país una política de tratar a todos para las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH?

- Sí
 No
-

64. ¿Cuál es el régimen recomendado actualmente a nivel nacional para prevenir la transmisión vertical del VIH en lactantes expuestos al virus?

- Especifique el régimen de profilaxis infantil: _____
- Duración recomendada del régimen: _____

64.a ¿Se recomiendan regímenes diferentes para los lactantes de alto riesgo?

- Sí
- No

64.a.i En caso afirmativo, especifique los regímenes: _____

64.a.ii ¿Cuál es la definición de «lactante de alto riesgo» en la política nacional (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida que han recibido menos de 4 semanas de terapia antirretroviral en el momento del parto
- Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida con carga viral >1000 copias/mL en las 4 semanas anteriores al parto (si se dispone de carga viral)
- Nacidos de mujeres con infección por VIH incidente durante el embarazo o la lactancia
- Nacidos de mujeres identificadas por primera vez durante el puerperio, con o sin una prueba del VIH negativa prenatalmente
- Otro (especifique): _____

65. ¿Dispone su país de una recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños expuestos al VIH?

- Sí, lactancia materna
- Sí, alimentación de sustitución
- Sí, se recomiendan ambas, se deja a la elección individual o diferentes entornos
- No

65.1 Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres viviendo con VIH y los lactantes expuestos al VIH, ¿se especifica la duración recomendada?

- Sí (especifique la duración en meses): _____
- No

66. ¿Está integrado en su país el apoyo alimentario y nutricional en los programas de prevención de la transmisión vertical?

- Implementado en pocos (<50%) centros de salud materno-infantil
- Implementado en muchos (50-95%) centros de salud materno-infantil
- Implementado en todo el país (>95% de los centros de salud materno-infantil)
- No se aplica en la práctica
- Otros (especifique): _____

67. ¿Dispone su país de una estrategia nacional sobre intervenciones en el momento del parto para mujeres viviendo con VIH que no se han realizado previamente la prueba del VIH?

- Sí, totalmente implementada
- Sí, parcialmente implementada
- Sí, pero no se implementa
- No

68. ¿Dispone su país de una política sobre las pruebas de carga viral para las mujeres durante el embarazo, el parto y/o el periodo posparto/lactancia?

- Sí
- No

68.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se realiza la prueba de carga viral?

68.1.a Durante el embarazo

- Sí
- No

68.1.a.i En caso afirmativo, en qué mes de embarazo: _____

68.1.b En el momento del parto

- Sí
- No
-

68.1.c Posparto/lactancia

- Sí
 No

68.1.c.i En caso afirmativo, cuánto tiempo después del parto (en meses): _____

Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis

69. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis?

- Sí, integrado con el VIH u otra(s) iniciativa(s) de eliminación
 Sí, independiente (no integrado con el VIH u otras iniciativas de eliminación)
 Ningún plan nacional

69.1 En caso afirmativo, ¿cuándo se actualizó por última vez el plan nacional?

- 2020 o antes
 2021
 2022
 2023
 2024
-

70. ¿Dispone su país de una política nacional de detección sistemática de la sífilis en mujeres embarazadas?

- Sí
 No

70.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el algoritmo nacional para la detección sistemática de la sífilis en mujeres embarazadas?

- Sólo prueba treponémica rápida (sólo sífilis o prueba dual VIH/sífilis)
 Sólo prueba treponémica de laboratorio (por ejemplo, ensayo de hemoaglutinación de *Treponema pallidum* [TPHA], ensayo de aglutinación de partículas de *T. pallidum* [TPPA] o inmunoensayo enzimático).
 Prueba no treponémica únicamente (por ejemplo, laboratorio de investigación de enfermedades venéreas [VDRL] o reagina plasmática rápida [RPR])
 Prueba treponémica rápida seguida de una prueba no treponémica
 Prueba treponémica de laboratorio seguida de una prueba no treponémica
 Prueba no treponémica seguida de prueba treponémica
 Otros (especifique): _____
-

71. ¿Dispone su país de directrices nacionales para tratar a las mujeres embarazadas con sífilis?

- Sí
 No
-

72. ¿Dispone su país de una política nacional de seguimiento clínico de los niños nacidos de madres con sífilis?

- Sí
 No
-

73. ¿Es la sífilis congénita una enfermedad de notificación obligatoria?

- Sí
 No
-

74. ¿Incluye la definición nacional de sífilis congénita los mortinatos?

- Sí
 No
-

Prevención de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B

75. ¿Dispone su país de un plan nacional para la eliminación de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B?

- Sí
 No
-

76. ¿Dispone su país de una política sobre la realización de pruebas de detección del virus de hepatitis B a las mujeres durante el embarazo?

- Sí
 No

76.1 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocas (<50%) clínicas de atención prenatal
 Implementado en muchas clínicas de atención prenatal (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de las clínicas de atención prenatal)
 No se aplica en la práctica
 Otro (especifique) _____:

76.2 En caso afirmativo, ¿tienen todas las embarazadas HBsAg positivas acceso a las pruebas de HBeAg o de ADN del virus de la hepatitis?

- Sí
 No
-

77. ¿Dispone su país de una recomendación nacional sobre la realización de pruebas de la hepatitis B a los lactantes expuestos al virus de la hepatitis B?

- Sí
 No

77.1 En caso afirmativo, especifique la edad (en meses) a la que se realizan las pruebas del virus de hepatitis B a los lactantes expuestos al virus de la hepatitis B: _____

78. ¿Dispone su país de una política de vacunación universal y oportuna contra la hepatitis B a todos los recién nacidos (en las 24 horas siguientes al nacimiento)?

- Sí
 No

78.1 En caso negativo, ¿dispone su país de una política de vacunación oportuna contra la hepatitis B a todos los recién nacidos expuestos al virus de la hepatitis B (en las 24 horas siguientes al nacimiento)?

- Sí
 No
-

Diagnóstico infantil

79. ¿Recomiendan sus directrices nacionales que se realicen las siguientes pruebas del VIH a los lactantes con exposición perinatal al VIH (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Pruebas de ácido nucleico al nacer
 Prueba de ácido nucleico a las 6 semanas
 Prueba de ácido nucleico a los 9 meses
 Prueba de anticuerpos a los 18 meses
 Prueba de anticuerpos a los 3 meses del cese de la lactancia materna
 Otro (especifique): _____
-

80. Además de los centros de prevención de la transmisión vertical, ¿realiza alguno de los siguientes centros de su país pruebas del VIH a niños (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Salas de hospitalización pediátrica
 Centros de nutrición
 Clínicas de inmunización
 Ambulatorios
 Clínicas de tuberculosis (TB)
 Otro (especifique): _____
-

81. ¿Dispone su país de una política o recomendación para las pruebas de diagnóstico infantil en el punto de atención?

- Sí
 No

81.1 En caso afirmativo, ¿dónde se implementa?

- Implementado en pocos sitios (<50%)
 Implementado en muchos sitios (50-95%)
 Implementado en todo el país (>95% de los centros)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

Terapia antirretroviral infantil

82. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para los niños que están establecidos* en terapia antirretroviral?

- Sí
 No

82.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de las visitas clínicas en la política nacional:

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otro (especifique): _____

82.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos (<50%) centros de tratamiento
 Implementado en muchos (50-95%) centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

83. ¿Dispone su país de una política nacional sobre la frecuencia con la que los niños que están establecidos* en terapia antirretroviral deben recoger la medicación antirretroviral?

- Sí
 No

83.1 En caso afirmativo, especifique la frecuencia de recogida de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional:

- Una vez al mes
 Cada 2 meses
 Cada 3 meses
 Cada 6 meses
 Cada 12 meses
 Otro (especifique): _____

83.2 En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de implementación?

- Implementado en pocos (<50%) centros de tratamiento
 Implementado en muchos (50-95%) centros de tratamiento
 Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 No se aplica en la práctica
 Otros (especifique): _____

84. ¿Se realiza un seguimiento de las cohortes de niños que reciben terapia antirretroviral (es decir, se garantiza que estos niños están vivos y reciben terapia antirretroviral) en los registros nacionales a intervalos de seis y doce meses?

- Sí
 No
-

85. ¿Cuándo se considera que un niño que inició la terapia antirretroviral ha perdido el seguimiento en su país?

- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 1 mes
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 2 meses
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 3 meses
- No ha acudido a la consulta de VIH o a la farmacia en 6 meses

86. ¿Dispone su país de una estrategia o plan para garantizar que los adolescentes nacidos con el VIH no se pierdan en el seguimiento durante su transición a la atención del VIH para adultos?

- Sí
- No

87. ¿Están integrados en su país los programas de control del crecimiento y nutrición infantil con las pruebas y el tratamiento del VIH?

- Implementado en pocos (<50%) centros de tratamiento
 - Implementado en muchos (50-95%) centros de tratamiento
 - Implementado en todo el país (>95% de los centros de tratamiento)
 - No se aplica en la práctica
 - Otros (especifique): _____
-

4. Igualdad de género y empoderamiento de mujeres y niñas

- Reducir a no más del 10% el número de mujeres, niñas y personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él y que sufren desigualdades de género y violencia sexual y de género.
- Garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tienen cubiertas sus necesidades en materia de VIH y salud sexual y reproductiva, incluidos la atención prenatal y materna, la información y el asesoramiento

Violencia

88. ¿Cuenta su país con al menos un punto de prestación de servicios que ofrezca elementos de atención integral tras una violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)? Los elementos son (1) apoyo de primera línea, primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial; (2) anticoncepción de emergencia; (3) profilaxis o tratamiento de infecciones de transmisión sexual; (4) profilaxis postexposición al VIH (PPE); y (5) aborto seguro en toda la extensión de la ley.

- Sí, proporciona los 5 elementos
- Sí, proporciona 4 de 5 elementos
- Sí, proporciona de 1 a 3 elementos
- Ningún punto de prestación de servicios proporciona ninguno de estos elementos

88.1 En caso afirmativo, ¿qué proporción de centros de salud proporciona cada uno de los siguientes elementos de atención integral tras una violación según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

88.1.a Apoyo de primera línea, primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No sé

88.1.b Anticonceptivos de emergencia

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No sé

88.1.c Profilaxis o tratamiento de infecciones de transmisión sexual

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No sé

88.1.d Profilaxis postexposición al VIH (PEP)

- <50% de los centros de salud
- 50-80% de los centros de salud
- >80% de los centros de salud
- No se presta en ningún centro de salud
- No sé

88.1.e Aborto seguro en toda la extensión de la ley

- <50% de los centros de salud
 - 50-80% de los centros de salud
 - >80% de los centros de salud
 - No se presta en ningún centro de salud
 - No sé
-

5. Liderazgo comunitario

- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 30% de los servicios de pruebas y tratamiento para 2025, centrándose en las pruebas del VIH, la vinculación al tratamiento, el apoyo a la adherencia y la retención, y la alfabetización sobre el tratamiento.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad presten el 80% de los servicios de prevención del VIH a las poblaciones de alto riesgo de infección por el VIH para 2025, incluidas las mujeres de esas poblaciones.
- Garantizar que las organizaciones dirigidas por la comunidad ejecuten el 60% de los programas de apoyo a la consecución de los habilitadores sociales para 2025.

89. ¿Distingue su país entre organizaciones dirigidas por la comunidad y otros tipos de organizaciones de la sociedad civil en el plan estratégico nacional sobre el VIH, las estrategias de salud comunitaria u otros documentos que orientan la respuesta al VIH?

- Sí
 No

89.1 En caso afirmativo, ¿se articulan las funciones específicas de las organizaciones dirigidas por la comunidad en los documentos?

- Sí
 No

90. ¿Existen leyes, reglamentos o políticas que prevean el registro de organizaciones dirigidas por la comunidad en su país (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas que viven con el VIH
 Es posible el registro de organizaciones dirigidas por profesionales del sexo.
 Es posible el registro de organizaciones dirigidas por hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
 Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas transgénero.
 Es posible el registro de organizaciones dirigidas por personas que usan drogas inyectables.
 No existen leyes, reglamentos ni políticas que prevean el registro de organizaciones dirigidas por la comunidad en el país.
 Otros (especifique): _____

91. ¿Existen leyes, políticas o normativas que permitan el acceso a la financiación para las organizaciones dirigidas por la comunidad (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- La contratación social permite financiar la prestación de servicios por parte de las comunidades con fondos nacionales
 De donantes internacionales
 Exigen un determinado porcentaje de financiación gubernamental para que las organizaciones dirigidas por la comunidad puedan operar
 No hay leyes que permitan el acceso a la financiación, pero las organizaciones dirigidas por la comunidad pueden acceder a la financiación en virtud de leyes, políticas o reglamentos generales
 No existen leyes, políticas o reglamentos que permitan el acceso a la financiación para las organizaciones dirigidas por la comunidad
 Otro (especifique): _____

92. ¿Se incluye a representantes de organizaciones dirigidas por la comunidad en el mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente?

- No existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente
 Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, pero no incluye a ningún representante de las organizaciones dirigidas por la comunidad
 Existe un mecanismo nacional de coordinación del VIH o equivalente, que incluye representantes de organizaciones dirigidas por la comunidad

92.1 En caso afirmativo, especifique de cuáles de las siguientes organizaciones dirigidas por la comunidad están incluidos los representantes:

- Representantes de organizaciones dirigidas por personas que viven con el VIH
 Representantes de organizaciones dirigidas por profesionales del sexo
 Representantes de organizaciones dirigidas por hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 Representantes de organizaciones dirigidas por personas transgénero
 Representantes de organizaciones dirigidas por personas que usan drogas inyectables
 Representantes de organizaciones dirigidas por mujeres
 Representantes de organizaciones dirigidas por jóvenes
-

93. **¿Pueden las organizaciones dirigidas por la comunidad prestar legalmente alguno de los siguientes servicios (seleccione todas las opciones que correspondan)?**

- Vinculación al tratamiento del VIH
 - Apoyo a la adherencia y retención
 - Alfabetización sobre el tratamiento
 - Distribución de medicamentos antirretrovirales
 - Distribución de preservativos y lubricantes
 - Pruebas del VIH
 - Distribución de agujas y jeringuillas
 - Distribución de naloxona
 - Alfabetización jurídica
 - Servicios jurídicos
 - Información sobre educación sexual y VIH basada en la preparación para la vida*
 - Prevención de la violencia sexual y de género, apoyo psicosocial y médico y derivación a especialistas
 - Información sobre salud sexual y reproductiva
 - Formación del personal de salud
-

Participación

94. **¿Participan* las personas que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
 - No
-

95. **¿Participan* las mujeres que viven con el VIH en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con la prevención de la transmisión vertical?**

- Sí
 - No
-

96. **¿Participan* los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el desarrollo de políticas, directrices y/o estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
 - No
-

97. **¿Participan* profesionales del sexo en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
 - No
-

98. **¿Participan* las personas que usan drogas inyectables en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
 - No
-

99. **¿Participan* las personas transgénero en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
 - No
-

100. **¿Participan* en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país personas que han estado o están en prisión o en otros entornos cerrados?**

- Sí
 - No
-

101. **¿Participan* lo/as jóvenes (de 15 a 24 años) en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en su país?**

- Sí
- No

101.1 **En caso afirmativo, ¿participan* lo/as jóvenes en alguno de los siguientes espacios de toma de decisiones en la respuesta nacional al VIH (si existen)?**

Espacio de toma de decisiones	¿Existe?	¿Participan los jóvenes en este espacio?
Equipos técnicos para la elaboración, revisión y actualización de estrategias y planes nacionales sobre el SIDA	Sí/No	Sí/No
Equipos técnicos para el desarrollo o la revisión de programas relacionados con el acceso de los jóvenes a los servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	Sí/No	Sí/No
Autoridad Nacional de Coordinación del SIDA o equivalente, con un amplio mandato multisectorial	Sí/No	Sí/No
Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial)	Sí/No	Sí/No
Órgano consultivo comunitario para hospitales, clínicas y/o proyectos de investigación	Sí/No	Sí/No
Otro (especifique): _____	Sí/No	Sí/No

6. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar el estigma y la discriminación

- Garantizar que, para 2025, menos del 10% de los países tengan marcos jurídicos y políticos restrictivos que afecten injustamente a las personas que viven con el VIH, las que están en riesgo de contraerlo y las afectadas por él. Algunos ejemplos son las leyes sobre la edad de consentimiento y las leyes relacionadas con la no revelación, exposición y transmisión del VIH, las leyes que imponen restricciones de viaje relacionadas con el VIH y pruebas obligatorias, y las leyes que conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios para 2025.
- Invertir 3.100 millones de dólares en facilitadores sociales -incluida la protección de los derechos humanos, la reducción de la estigmatización y la discriminación y la reforma legislativa, cuando proceda- en países de renta baja y media de aquí a 2025.
- Garantizar que, para 2025, menos del 10% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él sufran estigmatización y discriminación.

Legislación punitiva

102. Si la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión están criminalizadas, ¿se ha iniciado o ha estado en proceso alguna acción legal para despenalizar la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Litigio estratégico
- Propuesta presentada ante el parlamento
- Otros (especifique): _____
- No existen leyes a nivel nacional o subnacional que criminalicen la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión

103. Si las personas transgénero están criminalizadas, ¿se ha iniciado o ha estado en proceso alguna acción legal para despenalizar a las personas transgénero en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Litigio estratégico
- Propuesta presentada ante el parlamento
- Otros (especifique): _____
- No existen leyes nacionales o subnacionales que criminalicen a las personas transgénero

104. Si el trabajo sexual está criminalizado, ¿se ha iniciado o ha estado en proceso alguna acción legal para despenalizarlo en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Litigio estratégico
- Propuesta presentada ante el parlamento
- Otros (especifique): _____
- No existen leyes nacionales o subnacionales que criminalicen el trabajo sexual

105. Si los actos sexuales entre personas del mismo sexo están criminalizados, ¿se ha iniciado o ha estado en proceso alguna acción legal para despenalizar los actos sexuales entre personas del mismo sexo en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Litigio estratégico
- Propuesta presentada ante el parlamento
- Otros (especifique): _____
- No existen leyes nacionales o subnacionales que penalicen los actos sexuales entre personas del mismo sexo en privado

106. Si el uso de drogas y/o la posesión para uso personal son delitos penales, ¿se ha iniciado o ha estado en proceso alguna acción legal para despenalizar el uso de drogas o la posesión para uso personal en los últimos dos años? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Litigio estratégico
 - Propuesta presentada ante el parlamento
 - Otros (especifique): _____
 - No existen leyes nacionales o subnacionales que penalicen el uso o la posesión de drogas para consumo personal
-

7. Cobertura de salud universal e integración

- Invertir en sistemas sanitarios y de protección social sólidos, resilientes, equitativos y financiados con fondos públicos que proporcionen al 90% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él, servicios integrados centrados en las personas y adaptados a su contexto para: VIH y otras enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles; atención a la salud sexual y reproductiva; violencia de género; salud mental; cuidados paliativos; tratamiento de la dependencia del alcohol; servicios legales para el consumo de drogas; y otros servicios que necesiten para su salud y bienestar general
- Garantizar que, para 2025, el 45% de las personas que viven con el VIH y el sida, están en riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él tengan acceso a prestaciones de protección social.
- Garantizar que el 90% de las personas en contextos humanitarios tengan acceso a servicios integrados contra el VIH.
- Garantizar la participación sistemática de las respuestas al VIH en la infraestructura y los acuerdos de respuesta ante pandemias, aprovechando los planes estratégicos nacionales sobre el VIH para orientar los elementos clave de la planificación de la preparación ante pandemias y garantizar que el 95% de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él estén protegidas contra las pandemias, incluida la COVID-19.

Cáncer de cuello de útero

107. ¿Se han adoptado en las directrices nacionales de su país las recomendaciones de las directrices de 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la detección de lesiones precancerosas cervicales para la prevención del cáncer de cuello uterino entre las mujeres que viven con el VIH?

- Sí
 No

107.1 En caso afirmativo, indique las recomendaciones para mujeres viviendo con VIH de la OMS adoptadas (seleccione todas las opciones que correspondan):

- La edad de inicio de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino es de 25 años.
 VPH-ADN se utiliza como prueba de detección primaria en el marco de un enfoque de detección y tratamiento.
 VIA se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección, triaje y tratamiento
 Citología se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección y tratamiento
 Citología se utiliza como prueba de detección primaria como parte de un enfoque de detección, triaje y tratamiento
 El intervalo de detección recomendado para la citología/VIA es cada 3 años
 El intervalo de detección recomendado para el VPH-ADN es cada 3-5 años
 Otros (especifique): _____

108. ¿Se ha adoptado en las directrices nacionales la repetición de pruebas en mujeres que viven con el VIH y que recibieron tratamiento para lesiones precancerosas del cuello uterino?

- Sí, a los 12 meses
 Sí, a los 24 meses
 Sí, mediante VPH-ADN
 Sí, mediante VIA
 Sí, mediante citología

Infecciones de transmisión sexual

109. ¿Dispone su país de una estrategia o plan de acción nacional para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual?

- Sí
 No

109.1 En caso afirmativo, ¿en qué año se actualizaron por última vez?

- Antes de 2021
 2021
 2022
 2023
 2024

110. ¿Dispone su país de directrices nacionales para la gestión de casos de infecciones de transmisión sexual?

- Sí
 No

110.1 En caso afirmativo, ¿en qué año se actualizaron por última vez?

- Antes de 2021
 2021
 2022
 2023
 2024
-

111. ¿Cuáles son los tratamientos de primera línea recomendados para la infección anogenital no complicada por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos en las directrices nacionales de tratamiento más recientes (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Cefixima 400 mg por vía oral
- Cefixima 400 mg vía oral MÁS azitromicina 1 g vía oral
- Cefixima 800 mg vía oral MÁS azitromicina 1 g vía oral
- Cefixima 800 mg vía oral MÁS azitromicina 2 g vía oral
- Ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular
- Ceftriaxona 1 g por vía intramuscular
- Ceftriaxona 250 mg intramuscular MÁS azitromicina 1 g oral
- Otros (especificar): _____

111.1 ¿Cuándo se actualizaron por última vez las directrices de tratamiento para *N. gonorrhoeae*?

- Antes de 2022
- 2022
- 2023
- 2024
- En proceso de actualización
- No hay directrices de tratamiento

112. ¿Está disponible en el país la prueba de resistencia antimicrobiana gonocócica?

- Sí, para casos clínicos (es decir, para realizar pruebas en caso de fracaso del tratamiento clínico)
 - Sí, para la vigilancia anual de la resistencia
 - Sí, para casos clínicos y vigilancia anual de la resistencia
 - No
-

Protección social

113. ¿Dispone el país de una estrategia, política o marco de protección social* aprobado?

- Sí, y se está implementado
 Sí, pero no se está implementando
 No

113.1 En caso afirmativo:

113.1.a ¿Se refiere al VIH?

- Sí
 No

113.1.b ¿Reconoce a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

113.1.b.i. En caso negativo, describa las condiciones en las que las personas que viven con el VIH pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

113.1.c ¿Reconoce a alguna población clave (profesionales del sexo, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero o personas en prisiones y otros entornos cerrados) como beneficiarios clave?

- Sí
 No

113.1.c.i. En caso afirmativo, ¿qué poblaciones clave están reconocidas como beneficiarios clave (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Trabajadores del sexo
 Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 Personas transgénero
 Personas que usan drogas inyectables
 Personas en prisiones y otros entornos cerrados

113.1.c.ii. En caso negativo, describa las condiciones en las que las poblaciones clave pueden acceder a las prestaciones de protección social: _____

113.1.d ¿Reconoce a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- Sí
 No

113.1.e ¿Reconoce a los niños afectados por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

113.1.f ¿Reconoce a las familias afectadas por el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
 No

113.1.g ¿Aborda la cuestión del trabajo asistencial no remunerado en el contexto del VIH?

- Sí
 No

114. ¿Se incluye a representantes del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente en algún mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social*?

- No existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social, pero no incluye a ningún representante del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social que incluye a representantes del Programa Nacional sobre el SIDA o equivalente

115. ¿Se está implementando en el país algún programa de transferencia de efectivo* para mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años?

- Sí
 No
-

8. Datos, ciencia e innovación

Sistema de información

116. ¿Los datos a nivel de paciente están disponibles de forma rutinaria en el sistema de información sanitaria?

- Sí, totalmente electrónicos
- Sí, parcialmente electrónicos
- Sí, sólo en papel
- No existe ningún sistema de información sanitaria

116.1 Si existen datos a nivel de paciente, ¿se incluyen en el sistema de información sanitaria a nivel de distrito datos sobre la cascada de pruebas y tratamientos de atención prenatal (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Mujeres embarazadas que se realizan la prueba durante la atención prenatal y resultado de la prueba
- Mujeres que ya están recibiendo terapia antirretroviral en la primera visita de atención prenatal
- Número de personas que se realizaron la prueba del VIH
- Número de personas con resultado VIH-positivo
- Número de personas con diagnóstico reciente de VIH que reciben terapia antirretroviral.
- Número de personas en tratamiento antirretroviral con supresión viral

117. ¿Los datos de las organizaciones dirigidas por la comunidad sobre los servicios que prestan están integrados en el sistema nacional de información sanitaria o equivalente?

- Sí, las organizaciones dirigidas por la comunidad se incluyen como un tipo de proveedor para el desglose de los indicadores existentes
- Sí, se incluyen indicadores específicos sobre la prestación de servicios por parte de organizaciones dirigidas por la comunidad
- No
- Las organizaciones dirigidas por la comunidad no pueden prestar servicios

Vigilancia

118. ¿Es el VIH una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional?

- Sí
- No

119. ¿Dispone el país de un sistema nacional de vigilancia de casos* de VIH?

- Sí
- No

119.1 En caso afirmativo, ¿incluye el sistema nacional de vigilancia de casos de VIH lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Datos a nivel individual de cada persona diagnosticada de VIH
- Recopilación de datos de diferentes fuentes (laboratorios, registros de pruebas y tratamiento) para promover la exhaustividad de los datos sobre casos de VIH
- Vinculación de datos a nivel individual para eliminar registros duplicados
- Recuento de CD4 en el momento del diagnóstico del VIH
- Inicio de la terapia antirretroviral
- Resultados de la primera prueba de carga viral y de seguimiento
- Embarazo en mujeres que viven con el VIH
- Muerte

Sistemas de monitoreo de pacientes

120. ¿Ha actualizado el país los indicadores y herramientas de pruebas y tratamiento del VIH utilizando las directrices consolidadas de 2022 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre información estratégica del VIH centrada en la persona?

- Sí, totalmente
- Sí, parcialmente
- No
- No sé

Códigos de identificación únicos para los pacientes

121. ¿Dispone el país de un método para identificar y eliminar la información de salud duplicada de los pacientes dentro de una misma clínica y entre clínicas -como la vinculación de registros mediante identificadores únicos y/o información personal identificable (incluida la biométrica)- para los siguientes servicios?

	Método para identificar y eliminar la información de salud duplicada	En caso afirmativo, especifique cómo se vinculan los datos
Servicios de tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de pruebas	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Servicios de prevención del VIH diseñados para cualquier grupo de población clave para hacer un seguimiento de la aceptación de la prevención combinada		
Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Profesionales del sexo	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Personas transgénero	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Personas que usan drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria <input type="checkbox"/> Biometría <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

-
- Otro (especifique): _____
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, armonizado a nivel nacional | <input type="checkbox"/> Identificador personal único nacional |
| <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según las regiones | <input type="checkbox"/> Identificador único específico del VIH |
| <input type="checkbox"/> Sí, pero varía según los programas | <input type="checkbox"/> Combinación de información de identificación personal recopilada de forma rutinaria |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Biometría |
| <input type="checkbox"/> No sé | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
-

121.1 En caso afirmativo, ¿prevé la política de identificadores únicos también protecciones de la privacidad de los datos legalmente exigibles?

- Sí
 No
-

95-95-95

122. ¿Cuándo se llevó a cabo la última revisión de la calidad de los datos para determinar la exactitud de las cifras nacionales de personas que, según los informes, reciben tratamiento?

- En curso (resultados previstos para el año próximo)
 Finalizado en el último año y resultados disponibles
 Finalizado hace de 2 a 5 años
 Nunca realizado o realizado hace más de 5 años

122.1 Si se ha realizado una revisión de la calidad de los datos en el último año, ¿se han utilizado los resultados para ajustar el número de personas en tratamiento reportado en el Indicador 2.2?

- Sí
 No
-

123. ¿Cuándo se llevó a cabo la revisión más reciente de la calidad de los datos para determinar la exactitud del número de personas que, según los informes, han suprimido la carga viral?

- En curso (resultados previstos para el año próximo)
 Finalizado en el último año y resultados disponibles
 Finalizado hace de 2 a 5 años
 Nunca realizado o realizado hace más de 5 años

123.1 Si se ha llevado a cabo una revisión de la calidad de los datos en el último año, ¿se ha utilizado para ajustar el número de personas que han suprimido la carga viral reportado en el indicador 2.3?

- Sí
 No
-

Uso de datos

124. ¿Se están llevando a cabo revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH?

- Sí
 No

124.1 En caso afirmativo, seleccione la frecuencia con la que se realizan las revisiones de los datos de la cascada de tratamiento del VIH.

- Trimestral
 Cada 6 meses
 Anual
 Otro (especifique): _____

124.2 En caso afirmativo, ¿a qué nivel se realizan las revisiones de datos (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Nacional
 Distrito
 Centro de salud
-

Encuesta de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida sobre el uso de antirretrovirales (ARV) y de tecnologías de laboratorio y la implementación de las guías de la OMS pertinentes

Encuesta para documentar la situación de los datos en 2024

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA de la OMS, perteneciente al Departamento de Programa Mundial sobre el VIH, las Hepatitis y las Infecciones de Transmisión Sexual, está llevando a cabo la decimonovena encuesta anual sobre los regímenes de terapia antirretroviral utilizados en los países de ingresos bajos y medianos. El cuestionario de 2025 abarca el uso de medicamentos antirretrovirales en adultos y niños para la terapia antirretroviral (TAR) y la prevención de la transmisión vertical (PTMI); el uso de pruebas de laboratorio para la iniciación y el seguimiento de la TAR; los datos de adquisición de 2024; y las previsiones nacionales a tres años (2025-2027) por régimen.

Para completar el cuestionario, por favor solicite a los funcionarios pertinentes de los programas de TAR, PTMI, laboratorio nacional y adquisición que recopilen la información solicitada para el período comprendido entre el 1 de enero y el **31 de diciembre de 2024**. Los funcionarios profesionales que envíen los datos deberán comprobar que el cuestionario esté completo y sea de calidad, exacto y válido.

Los resultados de esta encuesta se utilizarán para analizar las tendencias regionales y mundiales del uso de medicamentos antirretrovirales y elaborar previsiones de la demanda mundial de medicamentos antirretrovirales. Estos análisis y previsiones se discutirán con los fabricantes de medicamentos y diagnósticos y con los donantes para prevenir la escasez mundial.

La OMS analizará las respuestas de cada país para elaborar perfiles nacionales de gestión de adquisiciones y suministros que presenten información estratégica específica de cada país y aporten comentarios para ayudar a los gestores de los programas nacionales a desarrollar intervenciones más rentables.

Para cualquier consulta sobre el cuestionario contacte con el Sr. Boniface Dongmo Nguimfack (dongmonguimfackb@who.int), Departamento de Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual, OMS, Ginebra.

Sección 1A. Visión general del tratamiento antirretroviral

Pregunta 1. Número total de adultos y niños en tratamiento antirretroviral a finales de 2024: _____

Sección 1B. Tratamiento de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas

Pregunta 2. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y en tratamiento antirretroviral por línea de tratamiento a finales de 2024:

Línea de tratamiento	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2024
Regímenes basados en Dolutegravir (DTG)	
Regímenes basados en inhibidores de la proteasa	
Otros regímenes de tratamiento	
Total	

Pregunta 3. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, en regímenes basados en Dolutegravir (DTG) a finales de 2024 (comience con los regímenes con números más altos):

Regímenes basados en Dolutegravir (DTG)	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2024.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 4. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, en regímenes basados en inhibidores de la proteasa a finales de 2024 (comience con los regímenes con números más altos):

Regímenes basados en inhibidores de la proteasa	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 5. Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH, en otros regímenes de tratamiento a finales de 2024 (comience con los regímenes con números más altos):

Otros regímenes de tratamiento	Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen antirretroviral a finales de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
Total	

Sección 2. Tratamiento de niños (<10 años) que viven con el VIH

Pregunta 6. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2024

Línea de tratamiento	Número total de niños (<10 años) que viven con el VIH por línea de tratamiento a finales de 2024
Regímenes basados en Dolutegravir (DTG)	
Regímenes basados en inhibidores de la proteasa	
Otros regímenes de tratamiento	
Total	

Pregunta 7. Número de bebés y niños (de <10 años de edad) que viven en regímenes basados en Dolutegravir (DTG) a finales de 2024 (empiece por los regímenes con cifras más altas):

Regímenes basados en Dolutegravir (DTG)	Número de bebés y niños (de <10 años) que reciben este régimen a finales de 2024		
	<3 años (A)	≥3 a <10 años (B)	Todos los niños de <10 años (A) + (B)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
Total			

Pregunta 8. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y que reciben un régimen basado en inhibidores de la proteasa a finales de 2024 (empiece por los regímenes con cifras más altas)

Regímenes basados en inhibidores de la proteasa	Número de niños (de <10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen a finales de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Pregunta 9. Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y reciben otros regímenes de tratamiento a finales de 2024 (empiece por los regímenes con cifras más altas)

Otros regímenes de tratamiento	Número de niños (<10 años) que viven con el VIH y reciben este régimen a finales de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Total	

Pregunta 28. Número total de laboratorios o centros por tipos de prueba en su país en 2024:

Tipo de prueba	Número de laboratorios o centros en los que se recogen muestras (centros con pruebas y centros sin pruebas)	Número de laboratorios o centros en los que se realizan pruebas	Número de laboratorios o centros en los que se realizan pruebas y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o centros que necesitan actividades de mejora de la calidad basadas en el ejercicio de evaluación externa de calidad más reciente	Principales actividades necesarias para la mejora de la calidad
Pruebas serológicas de anticuerpos del VIH, incluidas las pruebas rápidas y ELISA					
Diagnóstico infantil					
Pruebas de CD4					
Pruebas de carga viral					
Pruebas de genotipo de la farmacoresistencia del VIH					
GeneXpert (prueba de la tuberculosis)					
Servicios de pruebas de VIH avanzado CrAg					
Servicios de pruebas de VIH avanzado TB LAM					
Servicios de pruebas de infecciones de transmisión sexual					
Servicios de pruebas PCR del virus de la hepatitis C (VHC)					
Servicios de pruebas PCR del virus de la hepatitis B					

Sección 5. Metas por país

Pregunta 29. Metas nacionales para tratamiento antirretroviral, PTMI y pruebas de laboratorio en los próximos 5 años:

Meta	Finales de 2025	Finales de 2026	Finales de 2027	Finales de 2028	Finales de 2029
1. Número de adultos y niños que reciben antirretrovirales					
1.1 Número de adultos y adolescentes (≥ 10 años) que reciben antirretrovirales					
1.2 Número de niños (<10 años) en tratamiento antirretroviral					
1.2.1 Número de niños (<3 años) en tratamiento antirretroviral					
1.2.2 Número de niños (de ≥ 3 a <10 años) en tratamiento antirretroviral					
2. Número de mujeres embarazadas en tratamiento antirretroviral					
3. Número de personas que se han realizado la prueba del VIH					
4. Número de personas que se han realizado la prueba de CD4					
5. Número de personas que se han realizado una prueba de carga viral					
6. Número de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH a los que se les ha realizado una prueba de diagnóstico infantil					
7. Número de pruebas de serología del VIH					
8. Número de pruebas de CD4					
9. Número de pruebas de carga viral					
10. Número de pruebas de diagnóstico temprano infantil					
11. Número de pruebas de VIH avanzado CrAg					
12. Número de pruebas de VIH avanzado TB LAM					
13. Número de pruebas de infecciones de transmisión sexual					

Pregunta 30. Pronósticos nacionales a 3 años por régimen antirretroviral para adultos:

Régimen de medicamentos antirretrovirales de primera línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de segunda línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de tercera línea	Número de personas en régimen		
	2025	2026	2027		2025	2026	2027		2025	2026	2027
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Etc...											
Subtotal											

Pregunta 31. Pronósticos nacionales a 3 años por régimen de medicamentos antirretrovirales para niños:

Régimen de medicamentos antirretrovirales de primera línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de segunda línea	Número de personas en régimen			Régimen de medicamentos antirretrovirales de tercera línea	Número de personas en régimen		
	2025	2026	2027		2025	2026	2027		2025	2026	2027
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Etc...											
Subtotal											

Pregunta 32. Pronósticos nacionales a 3 años de pruebas de VIH, pruebas de CD4, pruebas de carga viral y pruebas de diagnóstico temprano infantil

Tipo de prueba	Número de pruebas adquiridas en 2024 y previstas para los próximos tres años		
	Adquiridas para 2024	Previsto para 2025	Previsto para 2026
			Previsto para 2027
Pruebas de diagnóstico del VIH (pruebas de diagnóstico rápido, autodiagnóstico)			
Pruebas CD4			
Pruebas de carga viral			
Pruebas de diagnóstico temprano del VIH infantil			

Anexo 1.

Bibliografía seleccionada

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).
21. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Anexo 2.

Presupuestos nacionales destinados al VIH aprobados y ejecutados

Para completar el formulario, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Es necesario indicar un año fiscal. El año fiscal puede corresponder o no con el año natural (utilice el año fiscal que empiece en el año natural especificado en el campo).
2. Elija la moneda del informe. Se puede completar en la moneda local o convertirse a dólares estadounidenses cuando se especifique un tipo de cambio oficial.
3. Es necesario indicar los importes en unidades monetarias en miles o millones.
4. Indique el presupuesto aprobado y ejecutado en el año fiscal correspondiente. El presupuesto aprobado incluye el presupuesto interno aprobado por el gobierno. Las asignaciones presupuestarias que utilizan préstamos gubernamentales (préstamos no oficiales de asistencia para el desarrollo) también se consideran parte del presupuesto nacional. El presupuesto ejecutado es el gasto del presupuesto aprobado; no debe exceder el presupuesto aprobado salvo que se hayan proporcionado fondos adicionales (si es así, especifique). La totalidad del gasto puede exceder el presupuesto aprobado, ya que algunos gastos incurridos no están financiados por los presupuestos asignados para el VIH.
5. Indique la percepción de un aumento, un mantenimiento en el mismo nivel o una disminución del presupuesto para el año fiscal siguiente.
6. Es necesario proporcionar los subtotales agregados para los presupuestos en cada nivel de gobierno, así como para estructuras presupuestarias subsegmentadas e independientes. Para los niveles de gobierno, notifique los subtotales para los niveles nacional/central/federal, provincial/estatal/de distrito y municipal/de la ciudad/local en cada país (según corresponda). **Reporte por separado los presupuestos públicos para las instituciones que pertenecen a diferentes sistemas, como las instituciones de seguridad u otros organismos nacionales (por ejemplo, la comisión nacional sobre el SIDA), si esos sistemas son independientes de los niveles gubernamentales mencionados anteriormente.**

Anexo 3. Volumen y precios unitarios de medicamentos antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH adquiridos y distribuidos

Como parte del Indicador 8.2, es necesario completar la información sobre el volumen y los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales y otros regímenes relacionados con el VIH adquiridos y distribuidos.

Régimen antirretroviral/formulación	Posología	Pastillas o la dosis más pequeña por paquete	Número total de paquetes adquiridos en el año fiscal	Precio unitario promedio por paquete (en US\$) (excluidos fletes y otros gastos administrativos)	Número total de paquetes recibidos por los beneficiarios en el año fiscal
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudina + Nevirapina [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz [ZVD + 3TC] + EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Abacavir + Lamivudina + Zidovudina [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg				
Tenofovir + Emtricitabina [TDF + FTC]	300 mg + 200 mg				
Zidovudina + Lamivudina [ZDV + 3TC]	300 mg + 150 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	200 mg + 50 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	80 mg + 20 mg/ml				
Abacavir + Lamivudina [ABC + 3TC]	860 mg + 30 mg				
Tenofovir + Lamivudina [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg				
Darunavir [DRV]	300 mg				
Dolutegravir [DTG]	50 mg				
Otros (favor especificar):					

Régimen/formulación relacionados con el manejo de la enfermedad avanzada por VIH	Posología	Pastillas o la dosis más pequeña por paquete	Número total de paquetes adquiridos en el año fiscal	Precio unitario promedio por paquete (en US\$) (excluidos fletes y otros gastos administrativos)	Número total de paquetes recibidos por los beneficiarios en el año fiscal
Ambisoma (dosis alta de anfotericina B liposomal) inyectable	50 mg/frasco	1 frasco			
Anfotericina liposomal convencional	50 mg/ml				
Anfotericina B desoxicolato inyectable	5 mg/ml	1 frasco			
Comprimido de flucitosina (5FC)	500 mg				
Flucitosina inyectable	10 mg/ml	5 botellas			
Cápsula de fluconazol	50 mg				
Cápsula de fluconazol	200 mg	100			
Fluconazol solución inyectable parenteral	2 mg/ml	100 ml en bolsa			
Cápsula de Itraconazol	200 mg				
Cotrimoxazol (sulfametoxazol y trimetoprima) comprimido	800 mg/160mg				
Comprimido de isoniazida/cotrimoxazol/vitamina B6	300/960/25 mg	30			

Notas:

1. Expresar el volumen en número de envases adquiridos y los precios unitarios en unidades de la moneda local o en dólares estadounidenses corrientes para el año que se reporta.
2. Los datos sobre el número de envases recogidos por los beneficiarios corresponden al régimen/formulaciones sin necesidad de desagregar por proceso de adquisición.
3. Al elegir la opción "Otros", el relator podrá proporcionar datos personalizados sobre la combinación de régimen y posología en caso de que la información sobre el régimen no se encuentre en la lista estándar mostrada anteriormente.
4. La información sobre los pacientes por régimen se recopilará como parte de la Encuesta del Servicio de Medicamentos y Diagnósticos de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales y tecnologías de laboratorio y en la aplicación de las directrices de la OMS relacionadas, alojadas en la herramienta de reporte en línea del Monitoreo Global del Sida.

Anexo 4.

La matriz de financiación nacional para el Indicador 8.3: Gasto en VIH por origen de los recursos

Al igual que en los ciclos de informes anteriores, la matriz de financiamiento nacional sugerida para el ciclo del Monitoreo Global del SIDA 2025 contiene un conjunto de programas y servicios básicos clave por fuente de financiación. Cada una de las categorías del programa se divide en conjuntos de subindicadores. El conjunto de los subindicadores centrales comprende los siguientes programas o servicios clave:

- Prevención combinada, que incluye preservativos, PrEP, circuncisión masculina médica voluntaria, servicios de reducción de daños, empoderamiento de las mujeres jóvenes y niñas, y suministro de paquetes de servicios esenciales para grupos de población clave.
- Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- Pruebas y asesoramiento sobre VIH.
- Seguimiento de laboratorio específico para el VIH.
- Terapia antirretroviral.
- VIH y tuberculosis (TB).
- Facilitadores sociales, incluida la reducción del estigma y la discriminación.
- Institución de programas de derechos humanos.

El marco de información sobre el Indicador 8.3 “Gasto total relativo al VIH por origen de los recursos” se organiza en torno a un sistema bidimensional para el registro del gasto relativo al VIH por programa y fuente de financiación. En consecuencia, el formato de esa información tiene un formato de matriz.

La tabla siguiente (tabla 1) proporciona un conjunto completo de programas o servicios y una categoría residual que explica la totalidad del posible uso de los recursos en los países, incluidas las fuentes de financiación. Se pide de los países que informen de los programas y servicios que correspondan según proceda (es decir, los países solamente deben informar de las filas de la matriz que sean relevantes de acuerdo con la realidad de cada país, no de todas). Lo mismo es válido para los recursos financieros: deberán completarse según existan en cada nación. Es importante diferenciar cuándo el gasto es inexistente (es decir, tiene un valor "0"), no está disponible o no es aplicable.

El gasto total relativo al VIH es la suma de los programas y servicios básicos de las cifras reportadas de los Compromisos 1 a 10 (tabla 1), más la categoría residual de "Otros programas esenciales fuera del marco sugerido" para contabilizar el gasto total relativo al VIH y no solo los gastos derivados de presupuestos asignados.

Se proporcionará más orientación en la herramienta de presentación de informes en línea de la Vigilancia Global del SIDA, sobre cómo completar los formularios de presentación de informes y presentar los indicadores de gastos a ONUSIDA. La cantidad total de recursos deberá incluir la totalidad de flujos financieros y gastos según todos los programas o servicios y según todos los recursos. Los subindicadores representarían únicamente un subconjunto del total que corresponde a parte de los compromisos específicos. Los montos reportados se compararán con el número de personas que estén recibiendo los mismos servicios notificados en la Vigilancia Global del SIDA o en otras partes.

Las directrices de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) están siendo actualizadas. Estará disponible una correlación sobre las nuevas Categorías de Gasto sobre el SIDA (CGS) y la matriz de financiación del Monitoreo Global del SIDA solicitada para el Indicador 8.3 a tiempo para los informes del Monitoreo Global del SIDA. Cuando se realiza una MEGAS (un ejercicio exhaustivo de seguimiento de los recursos del VIH) en los países, se puede extraer un informe en Excel de la herramienta de seguimiento de recursos (HSR) y cargarlo en el módulo de gasto relativo al SIDA del Monitoreo Global del SIDA.

Tabla 1Lista de programas o servicios sobre el VIH de la matriz de financiación nacional¹

Códigos en la matriz de financiamiento nacional del Monitoreo Global del SIDA	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: conjunto completo de intervenciones	Categorías de programas del Monitoreo Global del SIDA 2022: subindicadores centrales
1 Tratamiento, cuidados y asistencia (subtotal)		
1.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH para poblaciones distintas de las poblaciones clave	Gastos en PAV (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos. Incluidos: poblaciones vulnerables y accesibles, población general, pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor, pruebas en centros de sangre, etc.
1.2	Tratamiento antirretroviral (subtotal)	Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica).
1.2.1.	Tratamiento antirretroviral para adultos	Gastos en tratamiento antirretroviral para adultos desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.2.	Tratamiento antirretroviral para niños	Gastos en tratamiento antirretroviral para uso pediátrico, desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
1.2.3.	Terapia antirretroviral no desglosada por línea de tratamiento o edad	Gastos en terapia antirretroviral no desglosado ni por edad ni por línea de tratamiento, desglosado por productos básicos y otros costos directos/indirectos.
1.3	Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH (CD4, carga viral)	Gasto en el control de laboratorio específico del VIH (recuento de células CD4, carga viral y otras pruebas de laboratorio) desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
1.4	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas (IO), con exclusión del tratamiento y prevención de la TB para las personas que viven con el VIH	
1.5	Cuidados paliativos	
1.6	Apoyo y retención	
1.98	Actividades programáticas de tratamiento, atención y apoyo no desglosadas por tipo	
2 Prevención de la transmisión vertical del VIH (subtotal)		
2.1	Pruebas y asesoramiento sobre VIH (PAV) para mujeres embarazadas	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.2	Diagnóstico temprano en los recién nacidos	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
2.3	Tratamiento antirretroviral para la reducción de la transmisión vertical del VIH	Gastos en la prevención de la transmisión vertical del VIH desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.

¹ Tenga en cuenta que la convención de numeración de códigos representada en esta tabla para la matriz de financiación nacional no ha cambiado desde 2021 y no se alinea directamente con los números de indicadores de seguimiento del GAM de 2022. Esto se debe a que las categorías del programa están mapeadas con varias otras partes interesadas y, por lo tanto, deben permanecer alineadas.

2.4	Componente relacionado con la medicina antirretroviral no ARV para la prevención de la transmisión de maternoinfantil	Gastos para la prevención de la transmisión vertical del VIH distintos de los gastos en el tratamiento antirretroviral proporcionado a las mujeres embarazadas si se les proporciona un régimen para un adulto que vive con el VIH.
2.98	Prevención de la transmisión vertical del VIH no desglosada	
3 Prevención (subtotal)		
3.1	Programas de cambio social y conductual para poblaciones distintas de las poblaciones clave	Sin especificar.
3.2	Preservativos (para la prevención del VIH) para la población general	Gastos en preservativos (sin especificar), desglosados por productos y otros costes directos/indirectos.
3.3	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) desglosada por grupos de población clave (subtotal)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.1.	PrEP para homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.2.2.	PrEP para profesionales del sexo	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.3.	PrEP para personas que se inyectan drogas	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.4.	PrEP para personas transgénero	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.5.	PrEP para grupos de población clave	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.6.	PrEP para mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH	PrEP estratificada por grupos de población clave.
3.3.7	PrEP para parejas serodiscordantes	Profilaxis previa a la exposición (PrEP)
3.3.98	Profilaxis previa a la exposición PrEP no desglosada por tipo de población	
3.4	Circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta prevalencia	Circuncisión masculina médica voluntaria
3.5	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Esta categoría incluye actividades preventivas y subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Todas las actividades de prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.6	Prevención, promoción de pruebas y vinculación a programas de atención para profesionales del sexo y sus clientes	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros costes directos/indirectos.
3.7	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas (subtotal)	Prevención entre personas que usan drogas inyectables.

3.7.1.	Intercambio de agujas y jeringuillas, prevención y promoción de pruebas, y vinculación a programas de atención para personas que se inyectan drogas	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.2.	Terapia de sustitución	Prevención entre grupos de población clave, desglosado por productos y otros costes directos/indirectos.
3.7.3.	Pruebas del VIH y asesoramiento para personas que usan drogas inyectables	Actividades de asesoramiento y pruebas del VIH desglosadas por productos y otros gastos directos/indirectos.
3.8	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas transgénero	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros gastos directos/indirectos.
3.9	Prevención y promoción de las pruebas, y vinculación a programas de atención para las personas privadas de libertad	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos básicos y otros gastos directos/indirectos.
3.10	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Esta categoría incluye las actividades preventivas y las subactividades de asesoramiento y pruebas del VIH. Toda la prevención entre poblaciones clave desglosada por productos y otros gastos directos/indirectos. Esta categoría también incluye los gastos en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas (de 10 a 24 años de edad en países con prevalencia alta) con cargo a presupuestos asignados al VIH.
3.11	Programas de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles	
3.12	Profilaxis posterior a la exposición	
3.13	Lugar de trabajo	
3.14	Sinergias con el sector sanitario	
3.15	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH no desglosada	
3.98	Prevención (cinco pilares) sin desglosar	
3.99	Prevención de la transmisión del VIH no desglosada	No incluya otras actividades en este código si no se enumeran explícitamente. Si hay actividades adicionales, enumérelas individualmente en categorías mutuamente excluyentes (asegurándose de que no se cuenten dos veces); evite usar una categoría ya incluida anteriormente.

4 Programas de género

5 Programas para niños/as y adolescentes

6 Protección social y apoyo económico

7 Movilización de la comunidad y fortalecimiento de sistemas

Gastos destinados a fortalecer las organizaciones comunitarias mediante la educación, la formación y el apoyo a los trabajadores. Incluye la movilización de recursos, las actividades de sostenibilidad financiera, la contratación y retención de voluntarios y el monitoreo dirigido por la comunidad para garantizar la prestación eficaz de servicios y el crecimiento a largo plazo.

8 Gobernabilidad y sostenibilidad (subtotal)

8.1	Administración y gestión de programas
8.2	Información estratégica
8.3	Planificación y coordinación
8.4	Abastecimiento y logística (compras y cadena de suministro)
8.5	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios
8.6	Educación
8.7	Investigación relacionada con el VIH y el SIDA
8.98	Gobernabilidad y sostenibilidad no desglosadas

9 Facilitadores sociales críticos (subtotal)

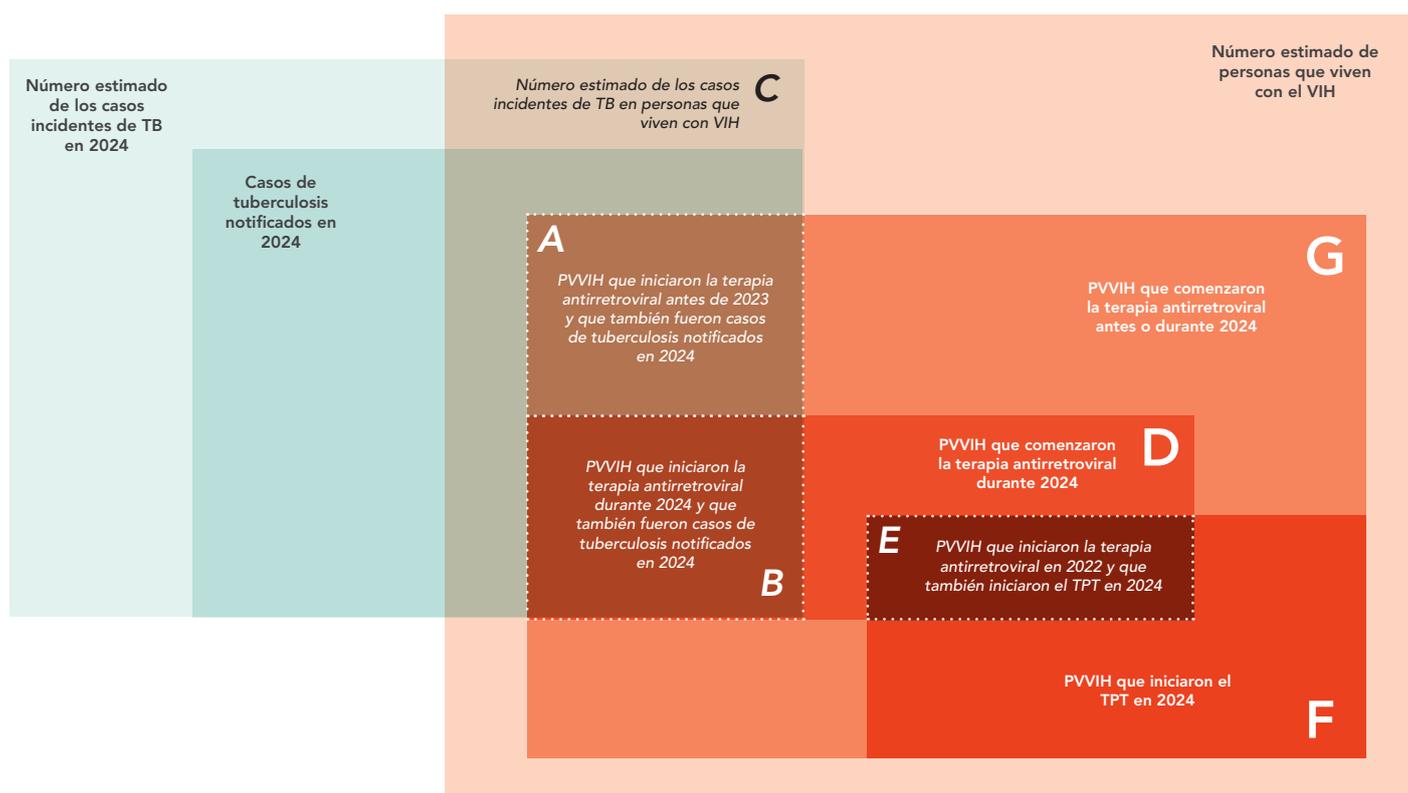
9.1	Diálogo sobre políticas
9.2	Programas clave sobre derechos humanos y actividades de abogacía
9.3	Desarrollo institucional específico sobre el SIDA
9.98	Facilitadores sociales críticos no desglosados

10 Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento (subtotal)

10.1	Detección y diagnóstico de TB entre las personas que viven con el VIH (PVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.2	Prevención y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH (PVIH)	Gasto en TB y VIH.
10.98	Infección conjunta de TB/ VIH, diagnóstico y tratamiento no desglosados	
11.99	Otros programas esenciales fuera del marco sugerido de los programas de VIH y SIDA centrales (enumérelos a continuación y especifique)	Todos los demás gastos relacionados con el VIH no clasificados en ninguna otra parte de las categorías anteriores (códigos 1 a 10). Asegúrese de que ninguno de los programas o actividades enumerados aquí esté duplicado con ninguna de las categorías anteriores. Cualquier programa o servicio enumerado a continuación debe ser mutuamente excluyente con cualquiera de los códigos enumerados anteriormente (códigos 1 a 10).

Anexo 5.

Orientación adicional para la construcción de indicadores para el monitoreo del VIH y la tuberculosis 7.6–7.9



Indicador 7.6 = (A+B) / C

Nota: El numerador para el Indicador 7.6 debe ser igual al número de pacientes de tuberculosis nuevos y con recaída seropositivos que iniciaron la terapia antirretroviral según los datos del Programa Nacional de Tuberculosis. Concilie los datos con el Programa Nacional de Tuberculosis

Indicador 7.7 = B / D

Nota: El numerador del indicador 7.6 será mayor que el del indicador 7.7. Para el numerador, los casos de tuberculosis notificados deben incluir los nuevos, las recaídas y los casos de retratamiento.

Indicador 7.8 (entre las personas recién inscritas en la TAR) = E / D

Indicador 7.8 (entre las personas inscritas actualmente en la TAR) = F / G

Por favor, observe que para el indicador 7.9 se ofrece orientación en la hoja de definición del indicador en estas directrices

Anexo 6.

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) interino 2025 Directrices sobre preguntas relacionadas a leyes

El ICPN formula una serie de preguntas sobre las leyes y reglamentos relativos al VIH, así como sobre las poblaciones clave y los grupos vulnerables. La forma en que se regulan o criminalizan los distintos aspectos de la vida pública y privada difiere mucho entre los distintos países y dentro de ellos. El presente documento ofrece más información y algunos ejemplos para ayudar a los países a responder a esas preguntas. Los ejemplos que se ofrecen son meramente ilustrativos y no deben considerarse exhaustivos, es posible que no reflejen la realidad de su país.

Esta guía cubre las siguientes preguntas del ICPN interino:

- 90
- 102
- 103
- 104
- 105
- 106

Explicaciones de preguntas relacionadas a leyes en el ICPN interino

Sección 5

90. **¿Existen leyes, reglamentos o políticas que prevean el registro de organizaciones lideradas por la comunidad en su país (seleccione todas las que correspondan)?**

Las organizaciones lideradas por la comunidad son organizaciones en las que la mayor parte de la gobernanza, la dirección, el personal, los portavoces, los miembros y los voluntarios, reflejan y representan las experiencias, perspectivas y voces de sus constituyentes. Las leyes y normativas pueden influir en si los distintos grupos pueden o no formar asociaciones legales y en la facilidad con la que estas asociaciones pueden funcionar, prestar servicios sanitarios, cumplir los requisitos de reporte, etc. Las opciones de respuesta de la pregunta 89 se refieren

a las leyes y políticas que determinan qué tipos de entidades pueden registrar una asociación. Es posible que las leyes y normativas no mencionen específicamente a las organizaciones lideradas por la comunidad, pero pueden, por interpretación, incluirlas, por ejemplo, en el marco de las leyes sobre organizaciones sin ánimo de lucro.

Sección 6

102, 103, 104, 105, 106

¿Se han tomado medidas legales para despenalizar?

Aunque la reforma legal puede llevar mucho tiempo, hay algunas acciones concretas específicas que pueden tomarse como pasos hacia la reforma legal. Esta pregunta pretende captar acciones concretas sustanciales que conduzcan o puedan conducir a la despenalización. Aunque el litigio estratégico y las propuestas debatidas por el parlamento son dos formas principales, puede haber otras en su país, como una consulta nacional sobre un proyecto de ley, un proyecto de decreto en discusión, un referéndum propuesto. La acción debe ser de naturaleza legal, es decir, debe implicar procesos parlamentarios, gubernamentales o judiciales. Excluye prácticas que, aunque importantes, no son pasos legales hacia el cambio. Por ejemplo, no incluiría actividades de sensibilización o formación.

Si no existen leyes que criminalicen la no revelación del estado serológico respecto al VIH, su exposición o transmisión (pregunta 101), las personas transgénero (pregunta 102), el trabajo sexual (pregunta 103), los actos sexuales entre personas del mismo sexo (pregunta 104), o el consumo o posesión de drogas para uso personal (pregunta 105), debe seleccionarse para esa pregunta la opción de respuesta correspondiente para indicar que no existe ninguna ley que la criminalice.

A continuación se presenta la información del GAM 2024 para determinar si un país tiene una de las leyes que criminalizan mencionadas anteriormente.

- Criminalización de la no revelación, exposición o transmisión del VIH: se considera que un país tiene una ley que criminaliza la no revelación, exposición o transmisión del VIH si:
 - El país tiene una ley que criminaliza específicamente la no revelación, exposición o transmisión del VIH. Puede estar en un código o ley penal o en la legislación relacionada con la salud pública o con el VIH.
 - El país tiene una ley que criminaliza específicamente la propagación de enfermedades contagiosas o infecciones de transmisión sexual, y el VIH se menciona específicamente en el texto de la ley.
 - El país tiene una ley que criminaliza específicamente la propagación de enfermedades transmisibles o infecciones de transmisión sexual que cubre el VIH, pero el VIH no se menciona específicamente en el texto de la ley.

- Criminalización de las personas transgénero: se considera que un país tiene una ley que criminaliza a las personas transgénero si el país tiene leyes que se centran en las personas en función de su identidad o expresión de género. Aunque es poco frecuente que una ley criminalice el hecho de ser transgénero, existen leyes que criminalizan la expresión de género de las personas transgénero y con diversidad de género. Éstas se expresan principalmente como leyes contra el travestismo o hacerse pasar por el sexo opuesto. Las leyes pertinentes pueden encontrarse en la legislación o en leyes personales o religiosas. Esto no incluye leyes más amplias, como las leyes de moralidad o vagancia, que pueden utilizarse de forma discriminatoria contra las personas transgénero.
- Criminalización del trabajo sexual: se considera que un país tiene leyes que criminalizan el trabajo sexual si:
 - El país tiene leyes que criminalizan específicamente la prestación de servicios sexuales, en las que se criminaliza a la persona que presta personalmente dichos servicios (el/la profesional del sexo) (es decir, el/la profesional del sexo es responsable penalmente).
 - El país tiene leyes que criminalizan específicamente la compra de los servicios de un/a profesional del sexo (es decir, el cliente es responsable). (Esto es diferente de comprar los servicios para una tercera persona, que se incluye en «beneficiarse de»).
 - El país cuenta con leyes que tipifican como delito las actividades auxiliares asociadas a la venta de servicios sexuales, incluida la publicidad relacionada con el trabajo sexual y la sollicitación (oferta de servicios sexuales), la reunión de profesionales del sexo en un mismo lugar, la convivencia entre profesionales del sexo y la proximidad de profesionales del sexo a una escuela o lugar de culto.
 - El país cuenta con leyes que criminalizan las actividades auxiliares asociadas a la compra de servicios sexuales, como la sollicitación (búsqueda de servicios sexuales) y el «rastreo de aceras».
 - El país cuenta con leyes que tipifican como delito lucrarse organizando o gestionando servicios sexuales (terceros que se lucran con las ganancias del trabajo sexual).
- Criminalización de los actos sexuales entre personas del mismo sexo: las leyes que criminalizan los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo en privado se encuentran generalmente en los códigos penales. También pueden existir en los códigos militares, aunque no existan en la legislación nacional general. Los delitos concretos pueden denominarse «sodomía» o «actos sexuales contra el orden natural», o la ley puede decir simplemente que los actos sexuales entre dos adultos del mismo sexo son ilegales. Cuando la ley impone una condena concreta o una duración de la pena de prisión, ésta puede incluir una multa, unos meses de prisión, cadena perpetua o pena de muerte. En otros casos, la ley puede no prescribir una condena y dejar que los tribunales la determinen.

- Criminalización del consumo o la posesión de drogas para uso personal: se considera que un país tiene leyes que criminalizan el consumo o la posesión de drogas para uso personal si el consumo o la posesión de drogas ilícitas para uso personal es un delito penal para cualquier droga. Lo mismo ocurre si el país ha despenalizado o legalizado algunas drogas, como la marihuana, pero no todas. Se considera que el país ha despenalizado el consumo o la posesión de drogas para uso personal si permite la posesión de una pequeña cantidad de cualquier droga. Las sanciones penales pueden ser sustituidas por sanciones administrativas o derivaciones voluntarias a tratamiento o asesoramiento, o puede no haber ninguna sanción.

Se considera que un país tiene cualquiera de las leyes criminalizadoras anteriores si éstas existen a nivel nacional o subnacional.

© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2024

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Mención sugerida. Monitoreo Global del SIDA 2025: Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2024. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.

ONUSIDA/JC31335



ONUSIDA
Programa Conjunto de las
Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org