

07

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

Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre
el VIH/SIDA

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES BÁSICOS

Informe 2008



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



ONUSIDA/07.12S / JC1318S (versión española, julio de 2007)

Versión original inglesa, UNAIDS/07.12E / JC1318E, Abril de 2007:
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of
core indicators : 2008 reporting.*

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2007.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4835) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

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

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

“ONUSIDA/07.12S / JC1318S”.

Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos: Informe 2008

1. Infecciones por VIH – estadística 2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – estadística
3. Recolección de datos 4. Indicadores de salud 5. Indicadores de calidad de la atención de salud
6. Pautas I. Naciones Unidas. Asamblea General. Período Extraordinario de Sesiones sobre el VIH/SIDA. II. Título.

ISBN 978 92 9173 565 5

(Clasificación NLM: WC 503.2)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

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

Seguimiento de la Declaración de compromiso
sobre el VIH/SIDA

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES BÁSICOS

Informe 2008

*Julio de 2007
Ginebra, Suiza*

Se ruega enviar el Informe nacional completado sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS ante del 31 de enero de 2008 por correo electrónico al Departamento de Evaluación del ONUSIDA: ungassindicators@unaids.org

Si no se utiliza el Sistema de Información de la Respuesta Nacional (CRIS) para el envío de datos sobre los indicadores, sírvanse enviar los informes antes del 15 de enero de 2008 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial de Ginebra.

Las copias impresas del Informe nacional sobre los progresos realizados pueden enviarse por correo a:

Dr. Paul De Lay, Director, Departamento de Evaluación

ONUSIDA

20 Avenue Appia

CH-1211 Ginebra 27

Suiza

Índice

Agradecimientos	5
Prólogo	7
Abreviaturas y siglas	8
Introducción	9
Objetivo	9
Antecedentes	9
Cambios desde las Directrices de 2005 del UNGASS	10
Uso de indicadores adicionales recomendados para efectuar el seguimiento de los progresos del país	11
Estructura del Informe nacional sobre los progresos realizados	11
Indicadores nacionales: panorama general	12
Indicadores nacionales para los países de ingresos altos	13
Indicadores nacionales para epidemias generalizadas y concentradas/de baja prevalencia	13
Indicadores mundiales	13
Establecimiento del objetivo de acceso universal	13
Aplicación en el ámbito nacional	14
Desarrollo de indicadores	14
Instrumentos de medición y orígenes de los datos	14
Numeradores y denominadores	15
Desglose de los datos: separados fundamentalmente por sexo y edad	15
Novedad y representatividad de los datos de la encuesta	16
Interpretación y análisis	16
Selección de indicadores	17
Función de la sociedad civil	17
Preparación de informes	18
La función de los indicadores de vigilancia en la sensibilización basada en pruebas	19
Indicadores básicos para la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	21
Indicadores del compromiso y la acción nacionales	23
1. Gasto relativo al SIDA	24
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA	27
Indicadores del programa nacional	29
3. Seguridad hematológica	30
4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	33
5. Prevención de la transmisión maternoinfantil	35
6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	37
7. Las pruebas del VIH en la población general	39
8. La prueba del VIH en las poblaciones más expuestas	40
9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención	42
10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA	44
11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida	46
Indicadores de conocimiento y comportamiento	49
12. Los huérfanos: asistencia a la escuela	50
13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	52

14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención del VIH	54
15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	56
16. Relaciones sexuales de alto riesgo	57
17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo	58
18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo	59
19. Varones que tienen relaciones sexuales con varones: uso de preservativo	61
20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo	63
21. Los consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	65
Indicadores de impacto	67
22. Reducción de la prevalencia del VIH	68
23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH	70
24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica	72
25. Reducción de la transmisión maternoinfantil	75
Indicadores de compromiso y acción mundiales	77
1. Flujos financieros bilaterales y multilaterales	78
2. Fondos públicos para investigación y desarrollo	79
3. Control del VIH en el lugar de trabajo: empresas transnacionales	80
4. Control del VIH en el lugar de trabajo: organizaciones internacionales	81
Apéndices	83
Apéndice 1. Cambios en los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	84
Apéndice 2: Modelo para la presentación del Informe nacional sobre los progresos realizados	87
Apéndice 3. Metodología utilizada para la encuesta de cobertura de servicios seleccionados de prevención, atención y apoyo relacionados con el VIH	89
Apéndice 4. Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre los progresos realizados en la vigilancia de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	90
Apéndice 5. Calendario para la presentación de informes sobre los indicadores básicos del seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	91
Apéndice 6. Matriz de Financiación Nacional - 2007	92
Apéndice 7. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) 2007	97
Apéndice 8. Ejemplo de lista de comprobación para el Informe nacional sobre los progresos realizados	138
Apéndice 9. Bibliografía seleccionada	139

Agradecimientos

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

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

Queremos agradecer especialmente a las siguientes personas por su ayuda inestimable en la revisión del Índice Compuesto de Política Nacional:

- Greet Peersman, asesor, Ginebra
- Michel Carael, asesor, Nepal
- Sofia Gruskin, Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston
- Anindya Chatterjee, Jantine Jacobi, Lina Nykanen, Alasdair Reid, Andy Seale, Jason Sigurdson, Sally Smith, Susan Timberlake y Barbara de Zalduondo, Secretaría del ONUSIDA, Ginebra
- Priscilla Akwara, UNICEF, Nueva York
- Cyril Pervilhac e Yves Souteyrand, Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Odile Frank, Sophia Kisting y Susan Leather, OIT, Ginebra
- Kevin Osborne, Federación de Planificación Familiar, Londres

Por su orientación técnica en la revisión de los indicadores para las poblaciones de mayor riesgo, queremos dar las gracias a:

- Chika Hayashi, Cyril Pervilhac, George Schmid e Yves Souteyrand, Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Martin Donoghoe, Organización Mundial de la Salud, Copenhague
- Barbara de Zalduondo, Anindya Chatterjee, Rob Lyerla y Alasdair Reid, Secretaría del ONUSIDA, Ginebra

Nos gustaría agradecer también la valiosa colaboración de las siguientes personas en la revisión de los indicadores relacionados con los huérfanos y niños vulnerables, y los jóvenes:

- Priscilla Akwara, UNICEF, Nueva York
- Bernard Barrere, ORC Macro, Calverton, MD, EEUU

Un agradecimiento especial para el Consorcio Mundial para el Seguimiento de Recursos, y a las siguientes personas por su ayuda en la revisión del indicador financiero:

- Ann Pawliczko, UNFPA, Nueva York
- Jacqueline Eckhardt, Instituto Demográfico Interdisciplinario Holandés, (NIDI), La Haya
- Karen Cavanaugh y John Novak, USAID, Washington
- Susna De (Toronto), Tania Dmytraczenko (Washington) y A. K. Nandakumar (Boston), proyecto Sistemas de Salud 2020 financiado por USAID 2020 (HS2020)
- Tessa Edejer Tan-Torres y Patricia Hernández, OMS, Ginebra
- Jean Pierre Poullier, asesor, Ginebra
- David Hales, asesor, Nueva York

Por ultimo, por su ayuda con los indicadores relacionados con elVIH en entornos clínicos, damos las gracias a las siguientes personas:

- Beryl Armstrong, Michel Beusenberg, Neelam Dhingra-Kumar, Micheline Diepart, Jan Fordham, Chika Hayashi, Tisha Mitsunaga, George Schmid e Yves Souteyrand, Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Priscilla Akwara, UNICEF, Nueva York
- Paul Bouey, Katherine Marconi y Michele Sherlock, Oficina del Coordinador de U.S. Global AIDS, Washington
- Alasdair Reid, Secretaría del ONUSIDA, Ginebra

Por su inestimable ayuda en la revisión del borrador del documento y los comentarios sobre el proceso del UNGASS y el contenido, queremos agradecer a:

- Maha Aon, ONUSIDA, Egipto
- Noah Bartlett, ORC Macro, Calverton, MD, EEUU
- Taavi Erkkola, ONUSIDA, Ghana
- Gabriela de la Iglesia, ONUSIDA, Argentina
- Wayne Gill, ONUSIDA, Botswana
- Hillary Hughes, ONUSIDA, Trinidad y Tabago
- Samia Lounnas-Belacel, ONUSIDA, Argelia
- Anja Nitzsche-Bell, ONUSIDA, Rusia
- Karen Pettersson, Centro Internacional de Salud Migratoria, Ginebra
- Mahboob Aminur Rahman, ONUSIDA, Bangladesh
- Patricia Riviera-Scott, ONUSIDA, Guatemala

La revisión general y el proceso de edición ha estado a cargo del personal del Departamento de Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA, a saber: Carlos Ávila-Figueroa, Angela Bulgari, Matthew Cooke, José Antonio Izazola-Licea, Saba Moussavi, Deborah Rugg, Teiji Takei, Igor Toskin, Matthew Warner-Smith, Patrick Whitaker y el asesor Greet Peersman.

La gestión general del proceso estuvo a cargo de Matthew Warner-Smith y Deborah Rugg, bajo la dirección de Paul De Lay, director del Departamento de Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA, Ginebra.

Para comentarios e información, diríjase por favor por correo electrónico a: ungassindicators@unaid.org

Prólogo

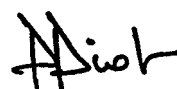
Las presentes directrices se han elaborado para ayudar a los Estados Miembros a preparar y enviar los Informes nacionales sobre los progresos realizados en el seguimiento de la Declaración de compromiso del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001. En los próximos meses, el ONUSIDA ofrecerá orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros para la preparación de los informes nacionales. Será una oportunidad de fortalecer aún más los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación, por lo que el ONUSIDA espera seguir colaborando con sus gobiernos. La ronda 2006-2007 de informes nacionales debe recibirse antes del 31 de enero de 2008.

Los informes recibidos por el ONUSIDA, en nombre de la Secretaría General, son usados para preparar el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. El informe correspondiente a la ronda de informes 2004-2005 está disponible en el sitio web del ONUSIDA: http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp.

El informe 2004-2005 representa el conjunto de datos más completo de la historia sobre la respuesta mundial al VIH, y fue presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006. En respuesta a dicho informe, el Secretario General señaló que, a pesar de los notables esfuerzos realizados en determinados ámbitos de la respuesta mundial, como la facilitación de tratamiento antirretrovírico, queda mucho por hacer para afirmar que se ha invertido el curso de la pandemia de VIH.

Tal como manifestó el ex Secretario General, Kofi Annan, en el periodo extraordinario de sesiones de 2001, «Es fundamental mantener el impulso y vigilar los avances realizados». Con este fin, el Secretario General volvió a solicitar al ONUSIDA que informara sobre los progresos realizados en 2008. Como en años anteriores, el presente informe se basará en los informes nacionales de los Estados Miembros.

Me gustaría agradecer sus esfuerzos por fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH y el SIDA, y les deseo lo mejor en la preparación de su próximo Informe nacional sobre los progresos realizados.



Dr. Peter Piot
Director Ejecutivo
ONUSIDA

Abreviaturas y siglas

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

Introducción

Objetivo

El propósito fundamental del presente documento es proporcionar a los actores fundamentales que participan en la respuesta nacional al SIDA información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de dicha respuesta. Estas directrices ayudarán también a asegurar la transparencia y sistematización del proceso que sigan los gobiernos nacionales. Además, esta información puede ser usada por el ONUSIDA para preparar informes regionales y mundiales sobre los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS).

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

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

Antecedentes

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

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

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

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

En 2003, 103 Estados Miembros (el 55%) presentaron al ONUSIDA informes nacionales sobre los progresos realizados basados en los indicadores básicos. En la mayor parte de los casos, los comités nacionales del SIDA, o instancias equivalentes, supervisaron la compilación del informe nacional, y más del 75% incluyeron información suministrada por tres o más ministerios gubernamentales. La sociedad civil participó en la preparación de cerca de dos tercios de los informes y en poco más de la mitad de estos casos participaron personas que viven con el VIH/SIDA.

En 2003, 137 Estados Miembros (el 72%) presentaron Informes nacionales sobre los progresos realizados, lo que significó un aumento del 33% del número de países que informaron. De esos informes, 40 procedían de África subsahariana, 21 de Asia y el Pacífico, 32 de América Latina y el Caribe, 21 de Europa oriental y Asia central, 5 de África del Norte y Oriente Medio y 18 de países de ingresos altos.

La información suministrada por los informes nacionales representa la serie de datos más completa disponible sobre la situación de la epidemia y los progresos sobre la respuesta. Sin embargo, se advirtieron limitaciones importantes en los datos presentados tanto en 2003 como en 2005 para el *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA* del ONUSIDA (en adelante el Informe mundial sobre los progresos realizados 2003; 2006). En 2005, por ejemplo, mientras que casi todos los países respondieron al cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional, solamente 40% de los que presentaron informes aportaron información relacionada con otros indicadores nacionales. Además, menos del 20% de los datos de nivel nacional presentados se desglosaron por sexo, edad, ubicación, etc., lo que redujo aún más la capacidad de obtener conclusiones válidas de los datos (Informe mundial sobre los progresos realizados 2006).

En junio de 2006, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se reunieron en Asamblea General para revisar los progresos realizados y renovar los compromisos establecidos en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 basándose en las conclusiones del Informe mundial sobre los progresos realizados 2006. Después de estas deliberaciones y de una revisión del proceso de elaboración de informes y desempeño de indicadores se efectuaron algunas mejoras y añadidos a los indicadores del UNGASS para la siguiente ronda de informes.

Cambios desde las Directrices 2005 del UNGASS

Para mejorar la globalidad y calidad de los datos que se presenten para el Informe mundial sobre los progresos realizados 2008, se han perfeccionado los indicadores del UNGASS 2005 y las directrices que los acompañan, tal como se describe en el presente manual. Las mejoras se basan en i) las aportaciones recibidas de diversos asociados a través de un extenso proceso de información; ii) un análisis del desempeño de los indicadores en la ronda de información 2005; y iii) nuevos desarrollos programáticos. Estos cambios se resumen debajo y se enumeran detalladamente en el Apéndice 1.

En todos los casos se han hecho todos los esfuerzos para minimizar los cambios, puesto que resulta evidente que la coherencia de los indicadores a lo largo del tiempo permite la evaluación de las tendencias y los progresos. Además, también se han hecho esfuerzos para asegurar que la mayor parte de los países pueda recoger los datos requeridos para el indicador u obtenerlo de fuentes existentes.

Indicadores que han sido eliminados

El indicador relacionado con la calidad del tratamiento suministrado a los pacientes con infecciones de transmisión sexual se ha eliminado del conjunto de indicadores del UNGASS. Esta decisión no pretende ser una reflexión sobre la importancia programática del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en las respuestas nacionales al VIH. El ONUSIDA sostiene que la prevención, detección y tratamiento eficaces de las infecciones de transmisión sexual son métodos importantes para reducir la vulnerabilidad a la transmisión del VIH. La decisión, más bien, refleja las preocupaciones metodológicas respecto al indicador tal como fue elaborado. Las mejoras en la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y su tratamiento están actualmente en manos del sector mundial de la salud. Cuando se elabore un indicador adecuadamente sensible y se demuestre que produce datos válidos se integrará en el conjunto de indicadores requeridos para presentar informes al UNGASS.

El indicador relacionado con los programas del VIH en el lugar de trabajo se ha eliminado y reemplazado por un elemento del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), lo que refleja las dificultades de los países para recopilar datos y las bajas tasas de información posteriores para este indicador. La inclusión de este aspecto en el ICPN permitirá a los países informar cualitativamente sobre las actividades relacionadas con el VIH emprendidas en grandes lugares de trabajo, sin excluir a aquellos países que no podían efectuar encuestas cuantitativas amplias en los lugares de trabajo tal como exigía la metodología anterior.

Indicadores que han sido añadidos

Se han añadido dos nuevos indicadores al conjunto del UNGASS, que se relacionan con las pruebas del VIH en la población adulta y se miden a través de encuestas demográficas generales, como la Encuesta de indicador del SIDA, y el tratamiento de la tuberculosis en pacientes con SIDA que reciben terapia antirretrovírica, tomados de los registros de los pacientes. La inclusión de estos indicadores refleja i) la importancia programática de una cobertura adecuada de servicios de pruebas y asesoramiento en epidemias generalizadas; y ii) la importancia programática de la detección y tratamiento adecuados del VIH en pacientes con tuberculosis.

Un gran número de asociados para el desarrollo y gobiernos nacionales usa actualmente estos dos indicadores, que han demostrado que contienen información fiable e importante para el seguimiento de la respuesta al VIH.

Indicadores que han sido revisados

Se han efectuado revisiones de los siguientes indicadores:

- Cantidad de fondos nacionales desembolsados en la respuesta al SIDA
- Índice Compuesto de Política Nacional
- Enseñanza escolar sobre aptitudes para la vida
- Seguridad hematológica
- Relaciones sexuales de alto riesgo (parejas sexuales múltiples o consecutivas)
- Uso del preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo
- Cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
- Cobertura de los programas de prevención del VIH para las poblaciones más expuestas
- Prácticas de inyección y sexuales seguras en los consumidores de drogas inyectables

En algunos casos fueron revisiones relativamente menores hechas a la redacción de la directriz a fin de que ésta resultara más clara. En otros, tras un proceso de consultas dirigido por el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación, los indicadores se revisaron completamente en función de una evaluación de los nuevos elementos del programa, las tasas de respuesta a este indicador y la calidad de los datos presentados. En todos los casos se han hecho todos los esfuerzos para armonizar los cambios hechos con los indicadores que actualmente usan los gobiernos nacionales y otros asociados para el desarrollo. La coherencia de los indicadores en el curso del tiempo permite la evaluación de las tendencias y los progresos realizados.

En la ronda previa de informes, el impacto de la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) era un indicador nacional, inspirado en el de la cobertura de la PTMI. Para poder tener en cuenta un número de variables que influyen en la eficacia de los servicios de PTMI, como las diferencias de protocolos de tratamiento, este indicador se preparará ahora a nivel mundial usando las metodologías y los programas informáticos del ONUSIDA basados en los datos de cobertura de la PTMI suministrados por medio de los informes nacionales.

Uso de indicadores adicionales recomendados para efectuar el seguimiento de los progresos realizados por los países

El ONUSIDA recomienda encarecidamente que se utilicen los indicadores del UNGASS como base para el sistema nacional de vigilancia y evaluación. De acuerdo con sus necesidades específicas, y si los recursos lo permiten, los países podrían incluir indicadores adicionales en sus planes nacionales de seguimiento.

A nivel mundial, los donantes, las organizaciones multilaterales y el sistema de las Naciones Unidas trabajan en estrecha colaboración con los gobiernos para armonizar el seguimiento requerido y reducir la carga de la presentación de informes que recae sobre los países. A tal fin, el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación ha establecido un grupo de trabajo para armonizar la gran variedad de indicadores recomendados actualmente para la vigilancia del programa o exigidos para informar a los donantes. El producto de este trabajo será un conjunto de indicadores adicionales normalizados, complementarios a los del UNGASS y apoyados por diversos asociados.

Tanto el conjunto de indicadores básicos del UNGASS como el de indicadores adicionales recomendados estarán disponibles en un Registro de indicadores accesible en línea, que pronto se someterá a la fase de ensayo piloto beta. El ONUSIDA proporcionará orientación técnica adicional a los gobiernos nacionales sobre estos indicadores más adelante en 2007.

Estructura del Informe nacional sobre los progresos realizados

En respuesta a las aportaciones recibidas, hemos dotado de mayor estructura al Informe nacional sobre los progresos realizados a fin de asegurar que se reciba información similar de cada país y de promover un mejor uso por parte de éstos de los datos sobre la aplicación del UNGASS. El propósito de dicha estructura y las presentes directrices es facilitar un análisis más profundo y minucioso de los datos sobre la aplicación del UNGASS a nivel nacional antes de que se presenten a nivel mundial. Los datos de los indicadores del UNGASS se consideran parte integral de la presentación del Informe sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS de cada país. Por consiguiente, deben tenerse en cuenta tanto la parte descriptiva de dicho informe como los indicadores del UNGASS en el proceso de consulta y preparación del informe tal como se indica en la sección titulada "Preparación de informes" en la página 21 de estas directrices.

En el Apéndice 2 figuran una plantilla completa para el Informe nacional sobre los progresos realizados e instrucciones detalladas para rellenar las distintas secciones que se incluyen en ella. Se recomienda encarecidamente que los datos de indicadores del UNGASS se presenten a través del Sistema de Información para la Respuesta Nacional

(CRIS) con el fin mejorar la cantidad y calidad de los datos y facilitar su procesamiento y análisis, tanto a nivel nacional como mundial.

El CRIS puede proporcionar una infraestructura de seguimiento nacional, ya que se ha concebido para abordar muchos de los obstáculos que se presentan para recopilar los datos de los indicadores e informar sobre ellos. Por ejemplo, el intercambio de datos, una tecnología apropiada y las necesidades analíticas del personal nacional e internacional que lleva a cabo la vigilancia y evaluación están incorporados en un sistema más rentable en comparación con los sistemas especiales o registrados. En los informes de 2005, el 62% de los países que informaron dentro del plazo fijado usaron el CRIS y por lo menos 17 países usan actualmente el CRIS para recopilar datos a nivel subnacional y efectuar análisis locales que, a su vez, producen una mejora en la calidad de los datos y en la toma de decisiones programáticas. También se ha trabajado para integrar el CRIS con los sistemas de facilitación de terapia antirretrovírica a fin de proporcionar un flujo de datos eficiente del establecimiento de salud en los niveles nacional e internacional que presente un panorama más completo y preciso de la cobertura.

El uso del CRIS para los informes del UNGASS facilita enormemente la transferencia de datos de los países al nivel mundial. El CRIS está preparado para los seis idiomas de las Naciones Unidas, por lo tanto se elimina la necesidad de traducción. Además, los datos de los indicadores presentados a través del CRIS están perfectamente integrados en la base de datos mundial, lo que elimina la necesidad de su incorporación de forma manual. Estas dos características aseguran que los datos del conjunto mundial sean un reflejo exacto de los enviados por los países y reducen el tiempo de procesamiento necesario en la sede central del ONUSIDA.

Se solicita que el Informe nacional sobre los progresos realizados se envíe por correo electrónico antes del 31 de enero de 2008 a ungassindicators@unids.org con dos archivos adjuntos: un archivo de Microsoft Word para la parte descriptiva y un archivo de datos CRIS (o Microsoft Excel con las plantillas suministradas).

Si no se usa el CRIS, los informes deben presentarse el 15 de febrero de 2008 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial.

Indicadores nacionales: panorama general

Este documento se concentra en los indicadores de nivel nacional del UNGASS, si bien incluye información esencial sobre los indicadores mundiales.

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

Los indicadores a nivel nacional se dividen en tres categorías:

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

En su mayor parte, los indicadores nacionales son aplicables a **todos** los países. Por ejemplo, los nuevos indicadores de conocimiento y comportamiento relacionados con las poblaciones de mayor riesgo son tan pertinentes en países con epidemias concentradas como en aquellos con epidemias generalizadas, siempre y cuando sean conscientes de que tienen una subepidemia concentrada en un grupo específico. De la misma forma, a los países con una epidemia concentrada se les recomienda reunir datos sobre actividades generales, como la enseñanza sobre aptitudes para la vida y el comportamiento sexual de los jóvenes como mecanismo para rastrear las tendencias que podrían influir en la naturaleza de la respuesta nacional en el futuro.

Cuatro de los indicadores nacionales son también Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio. Estos indicadores miden el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio que forman parte de la Declaración del Milenio,

un compromiso adoptado por los 189 Estados Miembros de la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2000. Estos cuatro indicadores se relacionan con el conocimiento que tienen los jóvenes acerca del VIH, el uso del preservativo, la asistencia escolar de los huérfanos y el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH.

Indicadores nacionales para los países de ingresos altos

Los países de ingresos altos, en calidad de signatarios de la Declaración del compromiso sobre el VIH/SIDA, también deben informar sobre los progresos hechos en sus respuestas nacionales al VIH a nivel interno (no a nivel internacional a través de la asistencia para el desarrollo y los programas de ayuda). Es sabido que los países de ingresos altos suelen disponer de una serie de sistemas de información relativamente complejos y diversas fuentes de datos que pueden dificultar el cálculo de un único indicador nacional. Sin embargo, esto no elude la necesidad de datos procedentes de dichos países para efectuar el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Se insta a los países de ingresos altos a que se pongan en contacto con el Departamento de Evaluación del ONUSIDA (ungassindicators@unaids.org) si necesitan mayor asesoramiento técnico en relación con la preparación de informes sobre sus programas locales.

Indicadores nacionales para epidemias generalizadas y concentradas/de baja prevalencia

En la ronda previa de informes del UNGASS, los indicadores fueron agrupados en dos categorías según la índole de la epidemia. A efectos de esta ronda de informes no se ha hecho distinción entre un conjunto de indicadores de epidemia generalizada y de epidemia concentrada o de baja prevalencia, debido a que las epidemias no se ajustan perfectamente a sencillas clasificaciones dicotómicas.

En 2006, por ejemplo, algunos países con epidemias generalizadas y una prevalencia relativamente alta reconocieron que las subepidemias entre las poblaciones más expuestas eran importantes en su epidemia y que los programas de prevención para dichas poblaciones eran un elemento fundamental en su respuesta nacional. Estos países decidieron, con razón, informar sobre los indicadores correspondientes a estas poblaciones además de sobre el conjunto de indicadores generalizados.

Para esta ronda de informes, se prevé que los países examinen cada indicador a la luz de la dinámica concreta de su epidemia. Si los países deciden no informar sobre un indicador específico, se pide que den una explicación de por qué no lo hacen. Esto permitirá efectuar un análisis que diferencie entre falta de datos y no aplicabilidad de determinados indicadores para situaciones específicas del país.

Indicadores mundiales

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

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

Establecimiento del objetivo de acceso universal

La iniciativa de acceso universal es complementaria de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del UNGASS. El ONUSIDA, siempre que ha sido posible, ha fomentado el uso de los indicadores del UNGASS en el proceso para establecer el objetivo de acceso universal. Por lo tanto, pueden usarse los Informes nacionales sobre los progresos realizados presentados para el proceso de seguimiento del UNGASS a fin de vigilar los avances para lograr el acceso universal. Se ofrece mayor orientación sobre el acceso universal, incluidos los indicadores adicionales para el establecimiento de los objetivos, en *Establecimiento de metas nacionales orientadas a alcanzar el acceso universal para 2010: orientación operativa* (ONUSIDA, 2006) y *Ampliación hacia el acceso universal. Criterios para que los países establezcan sus propias metas en cuanto a la prevención, el tratamiento y la atención del SIDA* (ONUSIDA, 2006), ambos disponibles en el sitio web del ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/Setting+national+targets.asp>.

Aplicación en el ámbito nacional

En esta sección del manual se abordan los problemas referentes a la recopilación, análisis, interpretación y notificación de datos para los indicadores básicos a nivel nacional. Los países que necesiten mayor información sobre la aplicación deberán solicitar asistencia a los asesores de vigilancia y evaluación del UNGASS y a los grupos de trabajo de vigilancia y evaluación. El Departamento de Evaluación de la Secretaría del ONUSIDA está también disponible para brindar apoyo y puede contactarse por correo electrónico en ungassindicators@unaids.org.

Desarrollo de indicadores

El presente manual contiene directrices detalladas para el desarrollo de cada indicador nacional. Entre ellas figuran el propósito del indicador, su aplicabilidad en un país determinado, la frecuencia con que deben recopilarse los datos pertinentes, los instrumentos de medición recomendados, los métodos de medición recomendados y una interpretación sumaria del indicador.

Instrumentos de medición y orígenes de los datos

Los principales instrumentos de medición son: i) encuestas representativas del país aplicadas a muestras de la población general, como las Encuestas demográficas y de salud (EDS y EDS+), las encuestas sobre indicadores múltiples (EIM)/ Encuesta del Indicador del SIDA; ii) encuestas en las escuelas; iii) encuestas de vigilancia del comportamiento; iv) encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (por ej., encuestas sobre la cobertura de servicios concretos); v) sistemas de seguimiento de pacientes; vi) sistemas de información sanitaria; y vii) el Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional incluido en este manual.

Las fuentes de datos existentes, como la revisión de los registros y del programa por parte de instituciones de salud y de escuelas, además de la información específica de actividades de vigilancia y programas de control de la infección por el VIH, complementarán los instrumentos principales de medición. Las organizaciones civiles son también una fuente útil de información respecto a muchos indicadores, especialmente los relacionados con las intervenciones en las que tienen participación activa las organizaciones no gubernamentales, religiosas y comunitarias, lo que incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las embarazadas.

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

Cuando los sistemas de vigilancia no aportan datos con representatividad nacional acerca de la cobertura de los servicios, los países pueden emplear los datos obtenidos de entrevistas a informadores clave. Aunque los datos que se recogen por este medio son menos precisos que los obtenidos por los sistemas de vigilancia, el método puede aplicarse con relativa rapidez y a un costo razonable (en el Apéndice 3 se ofrece información sobre una metodología alternativa para obtener datos sobre la cobertura).

En el caso de los países con epidemias concentradas o subepidemias en las poblaciones más expuestas —por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y varones que tienen relaciones sexuales con varones— debe hacerse lo posible para recopilar datos sobre cada grupo de riesgo. Como las poblaciones de mayor riesgo suelen ser marginales y muy móviles, es difícil vigilar tendencias de comportamiento y de prevalencia del VIH, lo que hace necesario un mayor esfuerzo para obtener los datos fundamentales. En muchos casos, la colaboración con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan directamente con dichas poblaciones será el método más eficaz para recopilar datos. Cabe señalar que las poblaciones más expuestas podrían ser poco visibles o difíciles de contactar, de modo que tal vez los países necesiten emplear métodos y cálculos alternativos para estimar el tamaño total de una población determinada.

Numeradores y denominadores

Las directrices incluyen instrucciones detalladas sobre cómo debe medirse la respuesta nacional en lo que se refiere a cada indicador básico. La mayor parte de los indicadores básicos de nivel nacional se basan en el uso de numeradores y denominadores para calcular los porcentajes que indican el estado actual de la respuesta nacional.

En un indicador dado, es importante que el periodo de recopilación de datos sea coherente en toda la información referente a los numeradores y denominadores de ese indicador. Si los datos de los numeradores y los denominadores se obtienen en fechas distintas, la precisión y validez de esa información se verán afectadas. Se exhorta encarecidamente a los países a que presten mucha atención a las fechas que se atribuyen a los datos específicos cuando calculen un indicador.

Los métodos descritos han sido elaborados para facilitar el desarrollo de estimaciones mundiales a partir de los datos nacionales. Aunque estos métodos pueden aplicarse también en el plano subnacional, quizá resulte más apropiado adoptar enfoques más simples, expeditos y flexibles, acordes a las condiciones locales que orienten la toma de decisiones por debajo del nivel nacional. Una excepción importante son los países con poblaciones grandes, como China, India, Indonesia y Nigeria, donde la dificultad de obtener datos de alcance nacional señala la conveniencia de utilizar un enfoque subnacional usando los métodos del presente manual.

Desglose de los datos: separados fundamentalmente por sexo y edad

Una de las enseñanzas fundamentales adquiridas en las rondas previas de informes fue la importancia de obtener los datos desglosados; por ejemplo, separados por sexo y edad. Como se señaló antes, de los datos suministrados para el informe de 2005, menos del 20% se presentaron desglosados, lo que hace difícil extraer conclusiones válidas de esa información. Más allá de eso, resulta crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en su forma sumaria. Sin el desglose de los datos es difícil hacer el seguimiento de la amplitud y profundidad de la respuesta a la epidemia, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. Igualmente difícil es vigilar el acceso a las actividades, la equidad de ese acceso, la conveniencia de concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

El problema fundamental para el desglose de los datos radica en el proceso actual para obtener la información. Sin ninguna duda, recabar la información dividida en todos sus componentes exige un mayor esfuerzo. No obstante, es importante señalar que muchos de los datos que se reúnen a nivel subnacional ya están desglosados desde que se recogen la primera vez. Se sabe, por ejemplo, si la información procede de un varón o una mujer. Lamentablemente, es frecuente que los datos más detallados se pierdan cuando la información pasa al nivel nacional. Un objetivo interesante para los comités nacionales del SIDA o equivalentes será verificar que los datos se conserven desglosados y permanezcan así cuando pasen del nivel local al nacional. Cuando el desglose de datos esté disponible sólo de manera parcial, habrá que prestar atención a la representatividad de los datos al determinar el valor total para informar sobre ese indicador. Por ejemplo, informar sólo sobre datos obtenidos de varones puede no representar el valor total para la población en conjunto de determinado indicador, como el porcentaje de población sometido a la prueba del VIH o que recibe terapia antirretrovírica.

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

El desglose por sexo y edad permitirá un seguimiento más eficaz de los recursos y la respuesta programática, que, a su vez, mejorará la capacidad de los programas nacionales del SIDA y los esfuerzos mundiales de vigilancia para conocer el grado de éxito de la respuesta alVIH destinada a poblaciones especiales como la mujeres y los jóvenes que, de forma creciente, se convierten en dos de las poblaciones más afectadas en esta pandemia.

El presente manual incluye los formularios que los países emplean para notificar sobre cada uno de los indicadores nacionales. Estos formularios identifican claramente el desglose de los datos que se requiere para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador (véase en la subsección precedente, “Numeradores y denominadores”, la información adicional sobre estos factores). En general, cuando corresponda, todos los datos deben desglosarse por sexo y edad. En respuesta a las dificultades planteadas para la recopilación de datos desglosados, se han hecho mejoras en el CRIS a fin de facilitar la incorporación, si es necesario, de datos parciales. Esto dará tiempo para fortalecer la capacidad respecto de la calidad de los datos y para la creación de sistemas de recopilación de datos desglosados.

Cuando los comités nacionales del SIDA o equivalentes no tengan fácil acceso a datos desglosados, la información necesaria para calcular los indicadores básicos puede extraerse de repertorios más grandes de datos. Aunque la localización de los datos varía de un país a otro, las conversaciones con aquellos que participaron en el Informe mundial sobre los progresos realizados 2006 identificaron diversos recursos útiles para el manejo de los datos relativos a los indicadores básicos que pueden resultar aplicables en otros países.

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

Novedad y representatividad de los datos de la encuesta

Para los indicadores basados en encuestas de población general debe usarse la encuesta nacional representativa más reciente. Se reconoce que, en algunos casos, es posible que ello signifique que los datos presentados en esta ronda sean los mismos que en 2005, puesto que dichas encuestas se efectúan con intervalos de cinco años.

Asegurar la representatividad de las muestras tomadas para las encuestas de poblaciones más expuestas es un gran desafío técnico. Se están elaborando métodos para intentar conseguir un muestreo representativo de dichas poblaciones (por ej., un muestreo dirigido por los propios encuestados). Aunque se hayan perfeccionado, sabemos que los países tal vez no puedan dar fe de la representatividad de las muestras usadas para la encuestas de las poblaciones más expuestas. Por lo tanto, se recomienda a los países que presenten los datos para estos indicadores usando la encuesta de las poblaciones más expuestas más reciente que haya sido revisada y avalada por expertos técnicos del país, tales como grupos de trabajo de evaluación técnica o consejos nacionales de investigación.

Interpretación y análisis

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

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

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

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

Selección de indicadores

Como ya se ha mencionado, uno de los cambios con respecto a la ronda de informes de 2005 es que ya no hay diferentes series de indicadores para diferentes tipos de epidemias. Los Informes nacionales sobre los progresos realizados recibidos por el ONUSIDA demostraban que los indicadores se escogían tanto de la lista de prevalencia generalizada como de la lista de prevalencia concentrada/baja según su relación con la situación de cada país. Por lo tanto, ahora hay sólo un conjunto de indicadores consolidados.

Se espera que los países “conozcan su epidemia” y revisen todos los indicadores en función de estos conocimientos para determinar cuáles son aplicables a su situación. Por ejemplo, un país con una epidemia concentrada sólo entre los profesionales del sexo no necesitaría informar sobre los indicadores básicos relacionados con los consumidores de drogas inyectables. Sin embargo, convendría que el mismo país calculara no sólo indicadores específicos para los profesionales del sexo, sino también indicadores más amplios (por ej., conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, relaciones sexuales de alto riesgo entre varones y mujeres y uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo) pertinentes al seguimiento de la propagación del VIH a la población general.

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

Los países que no faciliten datos para determinado indicador, deben indicar si i) no había datos disponibles para responder a ese indicador o si ii) el indicador no se consideró pertinente para la situación de la epidemia en el país.

Función de la sociedad civil

La sociedad civil tiene una función fundamental en la respuesta a la epidemia de SIDA en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la competencia estratégica y táctica de las organizaciones de la sociedad civil, las convierte en asociados ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales sobre los progresos realizados. Específicamente, las organizaciones de la sociedad civil están en una buena posición para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complementa los datos recopilados por los gobiernos. Pueden también aportar un criterio útil de los problemas que enumera el Índice Compuesto de Política Nacional y su posición es propicia también para que participen en el proceso de revisión y análisis de los informes sobre los progresos realizados.

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

Los comités nacionales del SIDA o equivalentes, para lograr una relación productiva con la sociedad civil durante la preparación de sus informes sobre los indicadores básicos, deben brindar a las organizaciones civiles fácil acceso a sus planes de recopilación de datos, así como un mecanismo directo con miras a presentar y evaluar la información para el informe nacional sobre los progresos realizados. Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a estas organizaciones a participar también en talleres de alcance nacional, para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de notificación del país. Además, debe darse a la sociedad civil de cada país suficientes oportunidades para revisar y comentar el informe nacional sobre los progresos realizados, antes de que éste se considere terminado y se entregue. Asimismo, el informe que se presente al ONUSIDA debe divulgarse ampliamente para asegurar que la sociedad civil en general tenga acceso a él.

El personal del ONUSIDA de cada país está preparado para facilitar la aportación de la sociedad civil durante todo el proceso. En particular, el personal del ONUSIDA de cada país está preparado para informar a las organizaciones de la sociedad civil acerca de los indicadores y el proceso de preparación de informes; brindar asistencia técnica en la recopilación, análisis y notificación de los datos, incluido el apoyo directo a las personas que viven con el VIH, y asegurar la difusión de los informes, cuando sea posible, en los idiomas nacionales.

El ONUSIDA aceptará informes sombra de la sociedad civil para la ronda de 2007, tal como en 2003 y 2005, y efectuará una consulta con la sociedad civil en relación con su participación en la elaboración de los informes del UNGASS, que abordará la cuestión de la inclusión de la sociedad civil tanto en la preparación y presentación de informes oficiales nacionales sobre los progresos realizados como en los informes sombra.

Cabe señalar que los informes sombra no pretenden convertirse en un proceso de elaboración de informes paralelos de la sociedad civil. El ONUSIDA promueve la integración de la sociedad civil en los procesos de elaboración de informes nacionales, siempre que sea posible, tal como se ha descrito. El propósito de los informes sombra es ofrecer un punto de vista alternativo allí donde se considere que la sociedad civil no ha sido incluida como corresponde en el proceso de preparación de informes nacionales o donde los gobiernos no presenten un Informe nacional sobre los progresos realizados.

Preparación de informes

Los gobiernos nacionales, por conducto de sus comités nacionales del SIDA o equivalentes, son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo del ONUSIDA y sus asociados. Para obtener y calcular la información necesaria para cada indicador deben seguirse los procedimientos mencionados en el presente manual. Para presentar el informe al ONUSIDA es necesario utilizar el modelo propuesto (Apéndice 2). El Informe nacional sobre los progresos debe enviarse antes del 31 de enero de 2008 por correo electrónico al Departamento de Evaluación del ONUSIDA en Ginebra, ungassindicators@unids.org, en un mensaje con dos archivos adjuntos: un informe descriptivo en archivo de Microsoft Word, y un segundo archivo con los datos de los indicadores. Siempre que sea posible, los datos deben enviarse en un archivo CRIS. Si no es posible, se usarán los formularios de informes en Microsoft Excel que se suministran. No es necesario usar ambos archivos: CRIS y Excel. Convendría tener en cuenta que los países que no envíen los datos de los indicadores en formato CRIS deben hacerlo antes del 15 de febrero de 2008 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial del ONUSIDA en Ginebra.

Para facilitar cualquier tipo de seguimiento que pueda ser necesario, se solicita a los países que proporcionen el nombre y los datos de contacto de la persona responsable de enviar el Informe nacional. En el Apéndice 4 se incluye el formulario correspondiente. Nótese que no hace falta que el mencionado formulario o el Informe nacional sobre los progresos realizados estén firmados oficialmente.

Las copias impresas de los informes pueden enviarse a:

Dr. Paul De Lay, Director, Departamento de Evaluación
 ONUSIDA, 20 Avenue Appia
 CH-1211 Ginebra 27, Suiza

El informe debe resaltar los logros, así como las limitaciones, además de los planes nacionales futuros encaminados a mejorar el desempeño, particularmente en aspectos en que los datos señalen debilidades en la respuesta del país. El informe debe incluir también una nota explicativa breve sobre cada indicador que señale cómo se calcularon el numerador y el denominador y que evalúe la precisión de los datos compuestos y desglosados. Como ya se ha mencionado, si los países no mandan datos sobre un indicador, deben mencionar si se debió a una falta de datos apropiados o si el indicador no se consideró pertinente para su epidemia. Por consiguiente, el Informe nacional sobre los progresos realizados debe contener todos los indicadores de estas directrices, independientemente de si se constan datos sobre determinado indicador.

En el Apéndice 5 figura un calendario completo de informes del UNGASS válido para varios años sobre todos los indicadores. En 2008, los países deben presentar un informe amplio sobre el conjunto de indicadores nacionales pertinentes a su respuesta. Se recomienda a los países que, si tienen preguntas, se pongan en contacto con el ONUSIDA local o con la sede de Ginebra en ungassindicators@unids.org

Como ya se ha señalado, y con arreglo a los requisitos de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH, debe participar en la preparación del informe nacional sobre los progresos realizados. Se ha de dar también al sector privado una oportunidad similar de participación en el proceso de preparación de informes. El ONUSIDA recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales organicen un taller o foro donde se presenten y analicen abiertamente los resultados del informe nacional, antes de su presentación al ONUSIDA. Cuando así convenga, el informe final reflejará el análisis de este acontecimiento. Los Equipos Conjuntos sobre el SIDA están disponibles en la mayoría de los países para facilitar este proceso de análisis. Una vez entregados todos los informes nacionales, se harán públicos en el sitio web del ONUSIDA. Por lo tanto, es importante que el informe se someta a una completa revisión en el país y esté oficialmente respaldado antes de presentarse al ONUSIDA. Los datos enviados a través del CRIS deben validarse para que coincidan con el informe descriptivo. Asimismo debe comprobarse la calidad de todos los datos antes de su envío. El ONUSIDA no dispondrá de tiempo para verificar la calidad de los datos una vez que se reciban en su sede de Ginebra para proceder a la agrupación y análisis mundial.

En los países en que el Sistema de Información para la Respuesta Nacional (CRIS) esté en funcionamiento, esta base de datos constituirá el principal sistema de información sobre las respuestas nacionales y almacenará todos los datos obtenidos sobre los indicadores básicos y los complementarios que apoyan la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. El sistema proporciona una estructura para la información de nivel nacional en relación con la epidemia, la respuesta y el impacto, lo que incluye información epidemiológica, planificación estratégica, capacidades de costo y coordinación, partidas presupuestarias para los programas del SIDA y otros flujos de recursos, así como los ritmos de aplicación de los proyectos.

El proceso de elaboración de informes a nivel nacional: algunas medidas necesarias

La presentación completa de datos de nivel nacional sobre los indicadores básicos resulta esencial para que el Informe sobre los progresos realizados 2008 contribuya a la respuesta mundial a la epidemia. Se exhorta a los países a establecer calendarios y fechas clave para concluir las tareas necesarias. A continuación se detallan las acciones necesarias para realizar el informe. Bajo la dirección del comité nacional del SIDA o su equivalente, los países deben:

- identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices del UNGASS;
- desarrollar y difundir un plan para la recopilación y análisis de datos y la redacción del informe, que indique fechas y señale las funciones del comité nacional del SIDA o equivalente, de otras instancias del gobierno y de la sociedad civil;
- identificar los instrumentos pertinentes para la recopilación de datos;
- asegurar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos;
- obtener y recopilar los datos, lo que incluye la coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional;
- rellenar los formularios de datos apropiados y preparar el correspondiente borrador del informe nacional sobre los progresos realizados;
- permitir que los interesados, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, comenten el borrador del informe;
- ingresar los datos en el CRIS o sistemas equivalentes de gestión de datos y cotejarlos con el informe descriptivo; y
- presentar i) el informe descriptivo y ii) los datos de indicadores por correo electrónico al ONUSIDA en Ginebra antes del **31 de enero de 2008** (ungassindicators@unids.org) o del **15 de febrero** en el caso de los países que no lo hagan a través del CRIS.

En el Apéndice 8 se incluye una lista de comprobación para preparar y presentar el Informe nacional sobre los progresos realizados.

La función de los indicadores de vigilancia en la sensibilización basada en pruebas

La elaboración de informes sobre los indicadores básicos representa una oportunidad para que los países evalúen sus progresos en el cumplimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Es asimismo una ocasión para que evalúen los esfuerzos de sensibilización que hayan realizado hasta la fecha y, lo más importante, definan el programa de esfuerzos futuros de sensibilización en los niveles nacional y mundial. El papel central de la sensibilización en el desarrollo de las políticas, la asignación de recursos y la ejecución de programas en ambos niveles subraya la importancia de la presentación exhaustiva de informes nacionales, incluidos los datos y entradas desglosados de las organizaciones de los sectores público y privado que participan en la respuesta al VIH.

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

- ¿Cuál es el estado de la epidemia en el país?
- ¿Cuáles son las tendencias fundamentales en la transmisión del VIH y la cobertura de los servicios?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento relacionados con el VIH?
- ¿Qué calidad tienen los servicios que se proporcionan?
- ¿Se están proporcionando los servicios de una manera equitativa y eficiente?
- ¿Qué agrava estos problemas (por ej., los procedimientos, la legislación, los recursos, la política, las costumbres, las organizaciones, los individuos)?
- ¿Quién puede cambiar esta situación (por ej., los líderes electos, los altos cargos, los dirigentes religiosos, comunitarios, tradicionales, los donantes, las organizaciones internacionales, las no gubernamentales)?
- ¿Qué hacen actualmente estas personas para atender los problemas?

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

Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

Informe 2008

Indicadores

Frecuencia de
recopilación
de datos

Instrumento de
medición

Indicadores nacionales

Compromiso y acción nacionales

1. Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación	Ad hoc según la petición y la financiación del país, por año civil o fiscal	Evaluación del gasto nacional relativo al SIDA o encuesta sobre flujos de recursos financieros
2. Índice Compuesto de Política Nacional (Áreas cubiertas: género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación, prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y evaluación)	Bienal	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave

Programas nacionales (seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovírica, prevención de la transmisión materno-infantil, cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH, pruebas del VIH, programas de prevención, servicios para los huérfanos y niños vulnerables, y educación)

3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Anual	Vigilancia del programa
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Anual	Estimaciones y vigilancia del programa
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	Anual	Estimaciones y vigilancia del programa
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Anual	Vigilancia del programa
7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Bienal	Encuestas comportamentales
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Bienal	Encuestas comportamentales
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	Bienal	Encuesta escolar

Conocimiento y comportamiento

12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica

NACIONALES

14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Bienal	Encuestas comportamentales
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*	Cada 4-5 años	Encuesta demográfica
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Bienal	Encuestas comportamentales
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Bienal	Encuestas comportamentales
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Bienal	Encuestas comportamentales
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Bienal	Encuestas comportamentales

Impacto

22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH*	Anual	Encuesta de vigilancia centinela del VIH y demográfica
23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Anual	Encuesta de vigilancia centinela del VIH
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Bienal	Vigilancia del programa
25. Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	(Adaptado en la sede del ONUSIDA, basado en la cobertura del programa)	Protocolos de tratamiento y estudios de eficacia

Indicadores mundiales

1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) destinados a los países de ingresos bajos y medianos	Anual	Informes de donantes
2. Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	Anual	Informes de donantes
3. Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidas políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Anual	Estudio teórico
4. Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidas políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Anual	Estudio teórico

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

INDICADORES DEL COMPROMISO Y LA ACCIÓN NACIONALES

1. Gasto relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación
2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)
Parte A (para que respondan los funcionarios gubernamentales):
 - Plan estratégico
 - Apoyo político
 - Prevención
 - Tratamiento, atención y apoyo
 - Vigilancia y evaluaciónParte B (para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas):
 - Derechos humanos
 - Participación de la sociedad civil
 - Prevención
 - Tratamiento, atención y apoyo

1. Gasto relativo al SIDA

A medida que la respuesta nacional e internacional al SIDA continúa ampliándose, es cada vez más importante efectuar un seguimiento detallado de: i) la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y ii) dónde se originan los fondos. Los datos se utilizan para medir el compromiso y la acción nacionales, un elemento importante de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del UNGASS. Asimismo, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas. Cuando se desglosan entre muchos países, los datos también ayudan a la comunidad internacional a evaluar el estado de la respuesta mundial. Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional del SIDA de cada país y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica mejorada.

Puesto que los diferentes países pueden elegir diferentes metodologías e instrumentos para efectuar el seguimiento del flujo de fondos para el SIDA —por ej., Evaluaciones del Gasto Nacional (EGN) relativo al SIDA, subcuentas del SIDA de las Cuentas Nacionales de Salud y Encuestas de Flujos de Recursos ad hoc—, la Matriz de Financiación Nacional incluye una hoja de cálculo para introducir, comprobar y presentar fácilmente los datos financieros procedentes de estas tres metodologías. Se ha conseguido un “cruce” entre las EGN y las Cuentas Nacionales de Salud para los gastos de salud relativos al SIDA, de modo que ya no hay diferencias entre ninguno de estos instrumentos para efectuar el seguimiento de los gastos de salud relativos al SIDA; las Evaluaciones del Gasto Nacional relativo al SIDA ofrecen más detalles sobre los gastos en actividades efectuadas fuera del sistema de salud, como las de mitigación social, educación, justicia y de otro tipo. También se ha llevado a cabo un proceso de armonización similar por el UNFPA/ONUSIDA/ Proyecto de Flujo de Recursos del Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos.

Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación

OBJETIVO	Recopilar datos precisos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Datos para los años civiles o fiscales 2005, 2006 y 2007 (según estén disponibles)
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	<p>Instrumento/método principal: Evaluación del Gasto Nacional (EGN) relativo al SIDA</p> <p>Instrumentos/métodos alternativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del SIDA. Las directrices para las EGN incluyen una sección que establece los códigos para las Cuentas Nacionales de Salud y las Evaluaciones del Gasto Nacional (EGN) relativo al SIDA y para las actividades seleccionadas fuera del sistema de salud. Por lo tanto, no debería haber ninguna diferencia en el gasto sanitario en SIDA medido según la EGN y las subcuentas de la Cuenta Nacional de Salud. Sin embargo, algunas actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud podrían no estar incluidas en las Cuentas Nacionales de Salud. 2) Encuesta del Flujo de Recursos. Ha habido un proceso de armonización y los países seleccionados en la muestra de esta encuesta que han respondido a los cuestionarios podrían introducir la información en la matriz de financiación agrupada por actividades principales. Algunas actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud podrían no incluirse en esta encuesta del flujo de recursos. Además, deberían excluirse del total destinado al SIDA algunas acciones relacionadas con la población. <p>Los resultados de cualquiera de estos instrumentos de medición se usarán para rellenar la Matriz de Financiación Nacional, que se enviará como parte del Informe nacional sobre los progresos realizados (véase Apéndice 6).</p>

MÉTODO DE MEDICIÓN

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

1. Prevención
2. Atención y tratamiento
3. Huérfanos y niños vulnerables¹
4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa
5. Incentivos para los recursos humanos
6. Servicios sociales y de protección social (excluidos aquellos para huérfanos y niños vulnerables)
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad
8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa)

(Hay múltiples subcategorías en cada categoría de gasto relativo al SIDA; véase Apéndice 6)

Tres grupos principales de fuentes de financiación:

1. Público nacional
2. Internacional
3. Privado nacional (optativo para el informe del UNGASS).

(Hay múltiples subcategorías para cada fuente; véase Apéndice 6)

INTERPRETACIÓN

Los datos financieros incorporados en la Matriz de Financiación Nacional deben ser gastos efectivos, no presupuestos ni compromisos. También deben incluir los gastos relativos al SIDA efectuados como parte de sistemas de prestación de servicios más amplios. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas requeriría una estimación especial de costos para efectuar el seguimiento de los recursos específicos asignados al diagnóstico y tratamiento relacionados con el SIDA. Asimismo, las actividades de prevención en las escuelas podrían beneficiarse de una estimación detallada para calcular los gastos reales en actividades relativas al SIDA. Los gastos relativos al SIDA podrían realizarse fuera del sistema de salud teniendo en cuenta la naturaleza de las respuestas ampliadas al SIDA.

Históricamente, ha habido muy poca información disponible sobre la forma en que se gastan los recursos financieros relativos al SIDA a nivel nacional y de dónde procede la financiación de los países. Si se rellena la Matriz de Financiación Nacional se obtendrá un panorama más detallado de la situación a nivel nacional, útil tanto para la toma de decisiones nacionales como mundiales.

PREPARACIÓN DE INFORMES

Para notificar sobre el indicador del gasto nacional e internacional relativo al SIDA se debe rellenar la Matriz de Financiación Nacional. En el Apéndice 6 hay más instrucciones sobre la forma de presentar el informe acerca de este indicador a través de la Matriz de Financiación Nacional completada. La portada, así como la información indicada en el Apéndice 6, deben enviarse junto con el Informe nacional sobre los progresos realizados.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias y sitios web:

- ONUSIDA (2007). *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessment*. Esta publicación está disponible en: www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp
- ONUSIDA (2007). *NASA-NHA Crosswalk*. Esta publicación está disponible en: www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp

¹ En el contexto de las estimaciones de las necesidades de recursos y la Evaluaciones del Gasto relativo al SIDA, los niños vulnerables se definen como aquellos que tienen por lo menos un progenitor vivo pero gravemente enfermo (principalmente a causa del VIH) y es incapaz de cuidarlos.

- UNFPA/ONUSIDA/NIDI. Los detalles sobre las encuestas de Flujo de Recursos, los instrumentos de encuestas, los países de muestra y otros detalles sobre este instrumento están disponibles en: www.resourceflows.org
- Banco Mundial/OMS/USAID (2003). *Guide to Producing National Health Accounts*. Esta publicación y otros instrumentos para la Cuentas Nacionales de Salud y subcuentas del SIDA están disponibles en: www.who.int/nha

2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA

Índice Compuesto de Política Nacional

OBJETIVO	Evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de políticas y estrategias sobre el VIH/SIDA a nivel nacional
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Cuestionarios del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) (véase Apéndice 7)
MÉTODO DE MEDICIÓN	El Índice compuesto abarca las siguientes grandes áreas de las políticas, estrategias y ejecución del programa: <ul style="list-style-type: none"> Parte A <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan estratégico 2. Apoyo político 3. Prevención 4. Tratamiento, atención y apoyo 5. Vigilancia y evaluación Parte B <ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos humanos 2. Participación de la sociedad civil 3. Prevención 4. Atención y apoyo

INTERPRETACIÓN

- Es importante analizar los datos para cada una de las secciones del Índice Compuesto de Política Nacional e incluir una reseña en el Informe nacional sobre los progresos realizados en función de: a) creación de políticas y estrategias y b) ampliación de las políticas y estrategias, para frenar la epidemia del VIH del país. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre preguntas que se superponen en la Parte A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del Índice Compuesto de Política Nacional desde 2003, siempre que estén disponibles.²

² Véase *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, ONUSIDA 2002 y ONUSIDA 2005, respectivamente, para las preguntas clave de los cuestionarios del ICPN previos.

INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL

Áreas programáticas: seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovírica, prevención de la transmisión maternoinfantil, cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH, prueba del VIH, programas de prevención, servicios para huérfanos y niños vulnerables, y educación

3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH
7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

3. Seguridad hematológica

Los programas de seguridad hematológica tienen por objeto lograr que todas las unidades de sangre se analicen para detectar infecciones transmisibles, incluido el VIH, y que sólo aquellas unidades no reactivas al cribado se destinen para uso clínico. En muchos países las unidades de sangre no se someten al análisis de detección de las infecciones más importantes transmisibles por transfusión, y, en caso de realizarse, a menudo la seguridad de la sangre se ve comprometida por equipos de pruebas de mala calidad o un almacenamiento inadecuado. Además, la falta de capacitación del personal o de procedimientos operativos normalizados puede producir errores de laboratorio que ocasionan que se clasifiquen como seguras unidades de sangre infectadas, lo que plantea un serio riesgo de transmisión del VIH a través de sangre poco segura.

El cribado sistemático universal (100%) de las donaciones de sangre para la detección del VIH y otras infecciones transmisibles por transfusión no puede lograrse sin mecanismos que aseguren la calidad y continuidad del análisis. En algunos países, las interrupciones de los suministros de estuches de pruebas y reactivos, o las situaciones de emergencia, pueden traer aparejados el uso de sangre para transfusiones no analizada para la detección de infecciones transmisibles por transfusión. Por lo tanto, el desarrollo de sistemas para el suministro fiable y constante de estuches de pruebas y reactivos asequibles y de alta calidad, así como la gestión eficiente de las existencias son fundamentales para asegurar la calidad del cribado sistemático universal de las unidades de sangre.

De modo que resulta fundamental que todas las unidades de donación de sangre sean analizadas con criterios de calidad asegurada para detectar el VIH. Los dos elementos básicos para asegurar la calidad del cribado sistemático son:

- 1) el uso de procedimientos documentados y de referencia (procedimientos operativos normalizados) para el cribado sistemático de todas las unidades de sangre; y
- 2) la participación de los laboratorios en un Plan de Control de Calidad Externo del cribado sistemático para la detección del VIH, en el cual la evaluación externa del desempeño del laboratorio se efectúe por medio del uso de muestras de contenido conocido, pero anónimas, para evaluar la calidad del sistema y contribuir a mejorar los criterios de desempeño.

Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada

OBJETIVO	Evaluar los progresos para asegurar el suministro de sangre segura
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Instrumento FRAME (Marco para la valoración, el seguimiento y la evaluación de los servicios de transfusión de sangre): un instrumento de evaluación rápida usado por la Base de datos mundial sobre seguridad hematológica de la OMS
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>La información se relaciona con los datos de los 12 meses anteriores (enero-diciembre). Debe estar disponible a través del servicio nacional de transfusión de sangre o del director del programa nacional hematológico del ministerio de salud</p> <p>Para medir este indicador, es necesaria la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál fue el número total de unidades de sangre que se donó en su país? <p>Para cada centro hematológico y laboratorio de análisis de sangre que efectúa el cribado sistemático de la donaciones de sangre para la detección del VIH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ¿Cuántas unidades de sangre fueron donadas en cada centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre? 3. ¿Cuántas unidades donadas fueron analizadas en el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre?

4. ¿Sigue el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre procedimientos operativos de referencia documentados para el cribado sistemático para la detección del VIH?
5. ¿Participa el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre en un plan de garantía de calidad externo del cribado sistemático para la detección del VIH?

El indicador puede calcularse a partir de esta información.

Numerador: Unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH en centros hematológicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que han:
1) seguido procedimientos operativos de referencia documentados y
2) participado en un plan de control de calidad externo

Denominador: Número total de unidades de sangre donada

En este contexto, donación se refiere a la sangre recogida a efectos de uso médico, lo que incluye todos los tipos posibles de donantes, independientemente de que hayan recibido o no remuneración. Los ejemplos de las diferentes categorías de donantes de sangre comprenden a:

- El donante de sangre voluntario no remunerado: un donante altruista que da sangre desinteresada y voluntariamente sin recibir dinero ni ninguna otra forma de pago a cambio.
- El donante de sangre familiar/de sustitución: un donante que da sangre cuando se lo solicita un miembro de la familia del paciente o la comunidad. Puede implicar un sistema encubierto de donación remunerada mediante el cual la familia del paciente paga al donante.
- El donante remunerado: un donante que da sangre a cambio de dinero u otra forma de pago.
- El donante autólogo: un paciente que dona su propia sangre para que se almacene y se le vuelva a transfundir durante una operación quirúrgica en caso de necesidad.

A continuación se muestran ejemplos de los datos necesarios para calcular este indicador:

Nombre del centro hematológico o del laboratorio de cribado sistemático de sangre	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre		
	Procedimientos operativos normalizados	Plan externo de control de la calidad	Sangre donada	Sangre analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada
A	Sí	Sí	1000	1000	1000
B	Sí	No	800	450	0
C	No	Sí	150	50	0
D	No	No	50	0	0
Total	2	2	2000	1500	1000
	[número de establecimientos]		[número de unidades de sangre]		

Por lo tanto, el porcentaje de unidades de donaciones de sangre analizado sistemáticamente para detectar el VIH y asegurar su calidad en los 12 meses anteriores es: $1000 / 2000 = 50\%$.

INTERPRETACIÓN

Si el laboratorio de análisis de sangre sigue procedimientos de referencia documentados para el cribado sistemático, está claro que el desempeño del personal capacitado para usar procedimientos operativos normalizados tiene cierto nivel de uniformidad, fiabilidad y sistematización. Si un laboratorio de análisis de sangre participa en un plan de control de calidad externo, significa que se evalúa la calidad del cribado sistemático de la sangre para la detección del VIH a intervalos regulares. Es importante tener en cuenta el porcentaje de unidades de sangre analizado en relación con estos dos elementos básicos de calidad, ya que ambos son imprescindibles para asegurar la calidad de los procedimientos.

Los países proporcionan datos anualmente sobre este indicador a la Base de Datos Mundial de Seguridad Hematológica de la OMS. A nivel local, los datos pueden obtenerse dirigiéndose al servicio nacional de transfusión de sangre, al programa nacional hematológico o al programa nacional del SIDA.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse los siguientes sitios web:

- www.who.int/bloodsafety
- www.who.int/diagnostics_laboratory
- www.who.int/worldblooddonorday

4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

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

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica de combinación a todas las personas que viven con la infección por el VIH avanzada
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada establecimiento y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Para el numerador: registros de terapia antirretrovírica del establecimiento y formularios de presentación de datos del análisis de cohortes con terapia antirretrovírica, instrumentos de vigilancia de programas. Para el denominador: encuestas de vigilancia en dispensarios prenatales o modelos de estimación.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Registros de terapia antirretrovírica, sistemas de vigilancia del VIH.
Numerador:	Número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que actualmente recibe terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo que cubre el informe.
Denominador:	Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada. Este indicador se desglosará por sexo y edad (<15, 15+) y los porcentajes dados para 2006 y 2007 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura.
Explicación del numerador:	El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto. El numerador debe ser igual al número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretrovírico menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto. En otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido. Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovíricos para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Es preciso hacer esfuerzos para dar cuenta de dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador.

En este indicador no se incluyen la terapia antirretrovírica administrada sólo con el objeto de prevenir la transmisión maternoinfantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazadas infectadas por el VIH que reúnen los requisitos para el tratamiento antirretrovírico, o las que ya lo reciben por sí mismas, sí se incluyen en el indicador.

El número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica de combinación puede obtenerse a través de los datos recogidos en los sistemas de gestión de provisión de fármacos o los registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos, que se hacen coincidir y se transfieren a los informes mensuales o trimestrales de una muestra significativa que luego puede desglosarse para obtener los totales nacionales.

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

Explicación del denominador: El denominador se obtiene estimando el número de personas con infección por el VIH avanzada que requiere o reúne los criterios para recibir terapia antirretrovírica.

Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela, que luego pueden seguir la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones.³

La necesidad o los criterios requeridos para recibir terapia antirretrovírica deben coincidir con las definiciones de la OMS sobre el diagnóstico del VIH avanzado (incluido el SIDA) en adultos y niños.⁴

INTERPRETACIÓN

El indicador permite vigilar las tendencias en la cobertura, pero no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretrovírica, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Dichas formas variarán dentro de los países y entre ellos, y es probable que cambien en el curso del tiempo.

La proporción de personas que necesitan terapia antirretrovírica variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretrovírica entre adultos y niños.

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

³ http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

⁴ <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging.pdf>

5. Prevención de la transmisión maternoinfantil

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

Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión vertical del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua en el establecimiento y desglosarse periódicamente, a ser posible mensual o trimestralmente.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Para el numerador: instrumentos de vigilancia de los programas. Para el denominador: encuestas de vigilancia en dispensarios prenatales o modelo de estimación.
MÉTODO DE MEDICIÓN	El número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibió terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en los últimos 12 meses se obtiene a partir de los registros de vigilancia de los programas recopilados de los registros de pacientes.
Numerador:	Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibió terapia antirretrovírica durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.
Denominador:	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses.
Explicación del numerador:	<p>Se deben proporcionar los datos para este indicador correspondientes a 2006 y 2007 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura.</p> <p>Hay cuatro opciones generales de terapia antirretrovírica que las mujeres infectadas por el VIH pueden recibir para prevenir la transmisión maternoinfantil (PTMI):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monodosis de nevirapina 2. Tratamientos profilácticos con una combinación de dos fármacos antirretrovíricos 3. Tratamientos profilácticos con una combinación de tres fármacos antirretrovíricos 4. Terapia antirretrovírica para mujeres embarazadas VIH-positivas que reúnen los criterios requeridos para recibir el tratamiento <p>Las mujeres infectadas por el VIH que reciban alguna de las cuatro opciones cumplen la definición para este numerador. El numerador sobre el que los países deben informar es el número total de embarazadas infectadas por el VIH que recibió alguna de las cuatro opciones de tratamiento antirretrovírico.</p> <p>En la opción número cuatro, las embarazadas infectadas por el VIH que reúnen los criterios requeridos para recibir la terapia antirretrovírica y que recibieron tratamiento también se beneficiarán del efecto profiláctico de la PTMI y, por lo tanto, se incluyen en el numerador.</p>

Los fármacos antirretrovíricos pueden administrarse a las mujeres infectadas por el VIH durante el embarazo, el parto y poco después del alumbramiento, y dicha administración puede tener lugar en diferentes establecimientos. Los países deben centrarse en recopilar los datos para el numerador procedentes de los registros de pacientes en los dispensarios prenatales, en maternidades, centros de atención y establecimientos de servicios posparto.

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

Explicación del denominador: El denominador se calcula estimando el número de mujeres infectadas por el VIH que hayan estado embarazadas en los últimos 12 meses, basándose en los datos de vigilancia de los dispensarios prenatales.

Hay dos métodos posibles para calcular la estimación del denominador.

1. Estimaciones calculadas según un modelo de proyección⁵ como el Spectrum;⁶ o
2. Multiplicar:
 - a) el número total de mujeres que dio a luz durante los últimos 12 meses, que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística, por
 - b) la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas, que puede derivar de las estimaciones de la vigilancia centinela de los dispensarios prenatales.

INTERPRETACIÓN

Se insta a los países a que efectúen el seguimiento e informen sobre la distribución porcentual real o estimada de los diversos tratamientos suministrados a fin de que pueda modelizarse el impacto de la terapia antirretrovírica en la transmisión materno-infantil en función de la eficacia de las correspondientes pautas farmacológicas. En 2006, las directrices internacionales se actualizaron para recomendar tratamientos más eficaces para la PTMI; es posible que los países estén en diferentes fases con respecto a la adopción de las recomendaciones más recientes. Aunque tal vez muchos de ellos aún no dispongan de un sistema en funcionamiento para reunir datos e informar sobre la cobertura de la prestación de terapia antirretrovírica para la PTMI según las diversas posibilidades de tratamiento, el objetivo debe ser la creación de dicho sistema.

Este indicador permite efectuar el seguimiento de las tendencias de facilitación de una terapia antirretrovírica que aborde la PMTI. Sin embargo, como los países ofrecen diferentes tratamientos para la PMTI, las comparaciones entre ellos de estimaciones desglosadas deben interpretarse con cautela y haciendo referencia a los tratamientos suministrados.

Además de la terapia antirretrovírica para la madre, los tratamientos antirretrovíricos para reducir la transmisión materno-infantil deben acompañarse de otros adecuados para el lactante y, siempre que sea posible, se debe efectuar el seguimiento e informar si se han administrado dosis para lactantes.

En algunos países, un gran número de embarazadas no tiene acceso a los servicios de los dispensarios prenatales o decide no hacer uso de ellos. Las mujeres infectadas por el VIH pueden ser más o menos proclives a utilizar dichos servicios (o los servicios de los dispensarios prenatales públicos antes que los privados) que las no infectadas; en especial, allí donde puede accederse a los fármacos antirretrovíricos a través de esos servicios o cuando los niveles de estigma son particularmente elevados. Las estimaciones nacionales de las embarazadas infectadas por el VIH deben obtenerse adaptando los datos de vigilancia de los centros prenatales centinela y otras fuentes, sin olvidar características tales como las tendencias de prevalencia urbana/rural que puedan afectar la representatividad de los centros centinela.

MÁS INFORMACION

La prevención de la transmisión materno-infantil es un ámbito programático que evoluciona rápidamente. Por lo tanto, los métodos de seguimiento de la cobertura de dicho servicio también evolucionan. Para acceder a la información más actual disponible, se ruega consultar el siguiente sitio web:

- <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>

⁵ Metodología descrita por el Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones: http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

⁶ http://www.unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/episofware.asp

6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

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

Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de establecimiento y se agruparán periódicamente, a ser posible de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Registros e informes del establecimiento acerca de la terapia antirretrovírica; instrumentos de vigilancia y estimaciones de los programas.
MÉTODO DE MEDICIÓN	Datos y estimaciones de los programas de los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH
Numerador:	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa
Denominador:	Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH Las estimaciones anuales específicas del país del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH calculados por la OMS están disponibles en: http://www.who.int/tb/country/en Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo

INTERPRETACIÓN

La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prologarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. La OMS proporciona anualmente estimaciones de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, basadas en las mejores estimaciones nacionales disponibles de la prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis, en función de los criterios requeridos específicos del país. Todas o la mayor parte de las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis deberían recibir terapia antirretrovírica, en función de los criterios locales requeridos para ello. El tratamiento para la tuberculosis debería administrarse según las directrices del programa nacional de tuberculosis.

Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas infectadas por el VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, también se verá afectado por una baja utilización de las pruebas de VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y a la terapia antirretrovírica, y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores a los que habría que referirse cuando se interpretan los resultados de este indicador.

Es importante que aquellos que suministran atención relacionada con el VIH y terapia antirretrovírica registren el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, ya que esta información tiene importantes consecuencias en los criterios para recibir terapia antirretrovírica y la pauta de administración elegida. Por lo tanto, se recomienda que conste en el registro de la terapia antirretrovírica la fecha de iniciación del tratamiento de la tuberculosis.

Si es posible, también se debe informar del número de pacientes atendidos por el VIH que han empezado un tratamiento para la tuberculosis pero aún no reciben terapia antirretrovírica. De este modo se reflejarían los casos de tuberculosis detectados y tratados entre las personas que viven con el VIH.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse la referencia y el sitio web siguientes:

- Organización Mundial de la Salud (2007). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing WHO Report 2007*. (WHO/HTM/TB/2007.376) Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
<http://www.who.int/tb/country/en>

7. Las pruebas del VIH en la población general

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los encuestados: <ol style="list-style-type: none"> 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? 2. Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
Numerador:	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados
Denominador:	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad El indicador debe presentarse en forma de porcentajes para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años. El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el SIDA.

INTERPRETACIÓN

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

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

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais.cfm>

8. La prueba del VIH en las poblaciones más expuestas

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

Nota: Los países con epidemia generalizada también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones más expuestas. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos los que tienen subepidemias concentradas como parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados: 1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted?
Numerador:	Número de encuestados pertenecientes a poblaciones más expuestas que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados
Denominador:	Número de poblaciones más expuestas incluidas en la muestra Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos de la población más expuesta deberán recopilarse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Puede ser difícil acceder o encuestar a las poblaciones más expuestas. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta encuestada. Si hay razones para suponer que los datos no provienen de una muestra representativa, esa sospecha deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando existan fuentes de datos diversas, debe aplicarse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de las poblaciones más expuestas puede resultar difícil debido a su movilidad y a la imposibilidad de acceder a ellas, puesto que muchos de sus grupos son poblaciones ocultas. Por lo tanto, se debe informar sobre la naturaleza de la muestra en la parte descriptiva para facilitar la interpretación y el análisis a lo largo del tiempo.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- OMS (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

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

Nota: Los países con epidemia generalizada también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones más expuestas. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas que forman parte de una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses? (por ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual) <p>A los consumidores de drogas inyectables (CDI) se les debe hacer la siguiente pregunta adicional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. En los últimos doce meses, ¿ha recibido equipo de inyección estéril? (por ej., a través de un agente de extensión, un educador inter pares o gracias a un programa de intercambio de jeringas)
Numerador:	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a ambas preguntas (a las tres en el caso de los CDI)
Denominador:	Número total de encuestados

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

Los datos obtenidos para este indicador deben presentarse para cada población más expuesta y desglosarse por sexo y edad (<25/25+).

Siempre que sea posible, los datos de la población más expuesta deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial

INTERPRETACIÓN

El acceso a las poblaciones más expuestas o la realización de encuestas entre ellas pueden resultar difíciles. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta

encuestada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

Desde el Informe mundial sobre los progresos realizados de 2006, se recomienda que la cuestión de la calidad y la intensidad de los servicios entre las poblaciones más expuestas, sobre los que se informa, se aborde más explícitamente en cuanto a los criterios de medición de los elementos de los servicios suministrados. Teniendo en cuenta la complejidad de este elemento de medición, especialmente en el contexto de las poblaciones más expuestas, el desarrollo de tales criterios exige un proceso intensivo de recopilación de información, síntesis y formulación de recomendaciones. Este proceso fue difícil de abordar entre los procesos de informes de 2005 y 2007. Sin embargo, éste se ha iniciado y se prevé disponer de recomendaciones para la próxima ronda de informes. Mientras tanto, se recomienda remitirse a las directrices que se mencionan más abajo como documentos de referencia que pueden facilitar la interpretación de los datos recogidos desde una perspectiva de calidad e intensidad.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- OMS (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA

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

Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en el suministro de apoyo a los hogares que están cuidando a los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad
APLICABILIDAD	Países con alta prevalencia del VIH
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta Demográfica de Salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Una vez identificados todos los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad del hogar, a los jefes de familia se les hacen las cuatro preguntas siguientes acerca de los tipos y frecuencia del apoyo recibido, así como del origen de la fuente principal de ayuda para cada niño huérfano y vulnerable.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha recibido este hogar apoyo médico, incluidos atención médica o suministros médicos, en los últimos 12 meses? 2. ¿Ha recibido este hogar ayuda relacionada con la educación escolar, incluidos los gastos de matrícula, en los últimos 12 meses? (Esta pregunta se hará sólo para niños de 5 a 17 años.) 3. ¿Ha recibido este hogar apoyo emocional o psicológico, incluidos asesoramiento de un profesional o ayuda o apoyo emocional o espiritual, en los últimos tres meses? 4. ¿Ha recibido este hogar otras formas de apoyo social, incluido apoyo socioeconómico (por ej., ropa, alimento suplementario, apoyo económico, vivienda) o instrumental (por ej., ayuda con el trabajo de la casa, capacitación para cuidadores, guardería, servicios jurídicos) en los últimos tres meses? <p>Se entiende por apoyo externo la ayuda gratuita que no proviene de amigos, familiares o vecinos, a menos que trabajen para un grupo u organización de la comunidad.</p>
Numerador:	Número de huérfanos y niños vulnerables que viven en hogares que contestaron afirmativamente a por lo menos una de las preguntas 1, 2, 3 y 4
Denominador:	Total de niños huérfanos y vulnerables de 0 a 17 años
	A efectos de este indicador, un huérfano se define como un niño menor de 18 años que ha perdido a uno o ambos progenitores.

Un niño vulnerable por causa delVIH menor de 18 años y que:

- i) ha perdido a uno o ambos progenitores; o
- ii) tiene un progenitor con una enfermedad crónica (independientemente de si éste vive en el mismo hogar que el niño); o
- iii) vive en un hogar en el cual, en los últimos 12 meses, por lo menos un adulto falleció o estuvo enfermo durante tres de los cuatro meses anteriores a su fallecimiento; o
- iv) vive en un hogar en el cual por lo menos hubo un adulto gravemente enfermo durante por los menos tres de los últimos 12 meses.

INTERPRETACIÓN

Este indicador debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia delVIH (5% o mayor). El indicador *no* mide las necesidades de los hogares ni de los huérfanos y niños vulnerables. Podrían añadirse preguntas adicionales para medir las necesidades que expresan las familias que tienen a cargo a los huérfanos. Este indicador lleva implícita la idea de que todas las familias con huérfanos y niños vulnerables necesitan apoyo externo: algunos huérfanos y niños vulnerables necesitan más apoyo externo que otros. Por lo tanto, es importante desglosar la información en otros indicadores de vulnerabilidad, como el estado socioeconómico de la familia, grado de dependencia, jefes de familia, etc.

Si el tamaño de las muestras lo permite, puede resultar útil a efectos programáticos comparar las diferencias entre los valores para este indicador correspondientes a los huérfanos y a otros niños vulnerables. También deben desglosarse los datos por edad y por tiempo de orfandad, factores ambos fundamentales para establecer el tipo de apoyo que se necesita. Por ejemplo, un huérfano cuyo progenitor falleció hace 10 años necesitará un tipo de apoyo distinto del de aquél cuyo progenitor falleció el año pasado.

Cuando se examinan los cuatro tipos de ayuda por separado, los datos sobre la ayuda relacionada con la escolarización deben limitarse a niños de 5 a 17 años.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

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

Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia la aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPILOCIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se informa a los directores y responsables de una muestra nacional representativa de escuelas (tanto públicas como privadas) del significado de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida, y luego se les formula la siguiente pregunta: En el último año académico, ¿ofreció su escuela por lo menos 30 horas de capacitación en aptitudes para la vida en cada curso?
Numerador:	Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico
Denominador:	Número de escuelas encuestadas Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de escuelas y de las escuelas primarias y secundarias por separado. Si la escuela proporciona educación primaria y secundaria, la información debe obtenerse y presentarse por separado para ambos niveles de educación.

INTERPRETACIÓN

Es importante que la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida se inicie en los primeros cursos de la escuela primaria y continúe a lo largo de toda la escolarización, con contenidos y métodos adaptados a la edad y experiencia de los alumnos.

El indicador proporciona información útil sobre las tendencias de la cobertura de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en las escuelas. Sin embargo, hay que tener en cuenta las importantes variaciones que existen en los niveles de escolarización (o al realizar comparaciones entre países) al interpretar este indicador. Por consiguiente, la información de apoyo que se brinde para este indicador deberá incluir las tasas de escolarización en los niveles de enseñanza primaria y secundaria correspondientes al año académico más reciente.

Las estrategias complementarias dirigidas a satisfacer las necesidades de los jóvenes no escolarizados serán particularmente importantes en los países con tasas de escolarización bajas.

El indicador es una medida de la cobertura. La calidad de la enseñanza proporcionada también puede diferir entre países y a lo largo del tiempo.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, se pueden consultar los siguientes sitios web:

- http://www.unicef.org/lifeskills/index_hiv_aids.html
- http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus*
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*
18. Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

12. Los huérfanos: asistencia a la escuela

El SIDA se está cobrando la vida de un número creciente de adultos, precisamente en el periodo de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Como consecuencia, en muchos países la prevalencia de huérfanos aumenta constantemente, mientras que un número menor de familiares en la plenitud de la edad adulta significa que los niños huérfanos se enfrentan a un futuro cada vez más incierto. Con frecuencia, la orfandad trae consigo prejuicios y una mayor pobreza, factores que pueden reducir aún más la probabilidad de que los niños terminen sus estudios y llevarlos a adoptar estrategias de supervivencia que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante vigilar hasta qué punto los programas de apoyo relacionados con el SIDA garantizan oportunidades educativas para los huérfanos.

Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

OBJETIVO	Evaluar el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Preferiblemente: bienal Mínimo: cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta demográfica (Encuesta Demográfica de Salud, Encuesta de Indicadores del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar, se le pregunta a un miembro de dicho hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar? 2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar? 3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar? <p>Parte A: Tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad</p>
Numerador:	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores y sigue asistiendo a la escuela.
Denominador:	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores
	Parte B: Tasa actual de asistencia a la escuela de niños de 10 a 14 años con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos
Numerador:	Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos y que asisten a la escuela
Denominador:	Número de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos
	Este indicador debe presentarse desglosado por sexo.

INTERPRETACIÓN

El propósito de este indicador es comparar la asistencia a la escuela entre los niños más vulnerables (huérfanos de padre y madre) con la de los niños menos vulnerables (con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos).

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

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

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

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

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Las epidemias de VIH se perpetúan fundamentalmente a través de la transmisión sexual de la infección a generaciones sucesivas de jóvenes. Un conocimiento sólido acerca del VIH es una condición indispensable —aunque a menudo insuficiente— para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión.

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

OBJETIVO	Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Preferiblemente: bienal; mínima: cada 4–5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta sobre indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	<p>Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?
Numerador:	Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las cinco preguntas
Denominador:	<p>Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad</p> <p>Las primeras tres preguntas no deben modificarse. Las preguntas 4 y 5 se refieren a las ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Por ejemplo: “¿Puede una persona contraer el VIH abrazando o estrechando la mano a una persona infectada?” y “¿Puede una persona contraer el VIH por medios sobrenaturales?”</p> <p>Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH y el SIDA deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Una respuesta de “no sé” debe registrarse como respuesta incorrecta.</p> <p>El indicador debe presentarse con porcentajes separados para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.</p> <p>Deben proporcionarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.</p>

INTERPRETACIÓN

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

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

14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención del VIH

Las epidemias concentradas suelen verse favorecidas por la transmisión sexual o el uso de equipo de inyección contaminado. Los conocimientos adecuados sobre el VIH son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado: profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Nota: Los países con epidemias generalizadas también podrían tener una subepidemia concentrada en una o más poblaciones expuestas. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas comportamentales especiales, como la Encuesta de vigilancia del comportamiento de las poblaciones más expuestas de Family Health International
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?
Numerador:	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas.
Denominador:	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un "no sé", a las cinco preguntas. Deben facilitarse puntuaciones del indicador para todos los encuestados y desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/SIDA deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto.

Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones más expuestas deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los entrevistados y a la información recopilada debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

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

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

Encuestar a las poblaciones más expuestas puede ser una tarea difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado debe incluirse en el informe que se presente con este indicador.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- OMS (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4–5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad. El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por varones y mujeres, y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.

INTERPRETACIÓN

En los países en que muy pocas personas jóvenes tienen su primera relación sexual antes de los 15 años de edad puede optarse por utilizar un indicador alternativo: “Porcentaje de mujeres y varones de 20 a 24 años de edad que indica haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años”. La ventaja de utilizar la edad de la primera relación sexual (en lugar de la edad promedio de la primera relación sexual) es que requiere un cálculo sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.

Es difícil vigilar los cambios en este indicador en un periodo breve, porque sólo los individuos que ingresan en el grupo —es decir, los que tienen menos de 15 años de edad al comienzo del periodo cuyas tendencias se evalúan— pueden influir en el numerador. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, probablemente convenga concentrarse en los cambios en los niveles correspondientes al grupo de edad de 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.

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

16. Relaciones sexuales de alto riesgo

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Cada 4–5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los entrevistados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

INTERPRETACIÓN

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

17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo

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

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Preferiblemente: bienal Mínima: cada 4-5 años
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas)
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se les pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: <ol style="list-style-type: none"> 1. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? <p>Si la respuesta es más de una, se pregunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ¿Usted o su pareja usaron un preservativo durante la última relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual
Denominador:	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses
	Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

INTERPRETACIÓN

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

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

18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo

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

Nota: Los países con epidemias generalizadas pueden también tener una subepidemia concentrada entre profesionales del sexo. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas en una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPILOCIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales para el numerador y denominador, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los profesionales del sexo de Family Health International
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses.
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.
	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25; 25+).
	Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.
	El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial

INTERPRETACIÓN

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

Encuestar a profesionales del sexo puede ser difícil. Por consiguiente, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.

19. Varones que tienen relaciones sexuales con varones: uso del preservativo

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

Nota: Los países con una epidemia generalizada pueden también tener una subepidemia concentrada entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los varones que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, incluidos aquellos con subepidemias concentradas dentro de una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los varones que tienen relaciones sexuales con varones de Family Health International
MÉTODO DE MEDICIÓN	En una encuesta del comportamiento de una muestra de varones que tienen relaciones sexuales con varones, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses
	Los datos de este indicador deben desglosarse por edad (<25; 25+).
	Siempre que sea posible, los datos de los varones que tienen relaciones sexuales con varones deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población
	El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

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

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

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.

20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo

En el caso de los consumidores de drogas inyectables resulta esencial salvaguardar la seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países con predominio de otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: i) el riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y ii) los consumidores de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (por ej., por transmisión sexual) a la población general.

Nota: Los países con una epidemia generalizada pueden también tener una subepidemia concentrada entre los consumidores de drogas inyectables. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH
APLICABILIDAD	Países en que el consumo de drogas inyectables es una vía reconocida de transmisión del VIH
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los consumidores de drogas inyectables de Family Health International
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente serie de preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes? 3. Si las respuestas a las preguntas 1 y 2 son afirmativas: ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber tenido relaciones sexuales en el último mes
	Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todos los entrevistados y desglosarse por sexo y edad (<25/25+).
	Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los consumidores de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.
	El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores de drogas inyectables entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

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

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- OMS (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

21. Los consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

En el caso de los consumidores de drogas inyectables, las prácticas de inyección y sexuales seguras resultan esenciales, incluso en países con predominio de otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: i) el riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y ii) los consumidores de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (por ej., por transmisión sexual) a la población general.

Nota: Los países con epidemias generalizadas pueden también tener una subepidemia concentrada entre los consumidores de drogas inyectables. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

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

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables
APLICABILIDAD	Países en que el consumo de drogas inyectables es una vía reconocida de transmisión del VIH
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Bienal
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los consumidores de drogas inyectables de Family Health International
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a los entrevistados que respondan las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes? 2. Si la respuesta es afirmativa, ¿usó equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas?
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas
Denominador:	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes
	Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todos los entrevistados y desglosarse por sexo y edad (<25/25+).
	Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los consumidores de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.
	El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

INTERPRETACIÓN

Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores de drogas inyectables entrevistada. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en un país depende de cuatro factores: i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de SIDA; ii) la magnitud del consumo de drogas inyectables; iii) el grado en que los consumidores de drogas inyectables utilizan equipo de

inyección contaminado, y iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso del preservativo entre los consumidores de drogas inyectables, y entre estos últimos y la población general. Este indicador brinda información parcial sobre el cuarto factor.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes referencias:

- ONUSIDA (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- ONUSIDA (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- OMS (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

INDICADORES DE IMPACTO

22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH*
23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica
25. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas

* Indicador de Desarrollo del Milenio

22. Reducción de la prevalencia del VIH

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

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH
APLICABILIDAD	Países con epidemias generalizadas
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Directrices de la OMS para la vigilancia centinela del VIH
MÉTODO DE MEDICIÓN	Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y rurales.
Numerador:	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos
Denominador:	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH Deben proporcionarse puntuaciones del indicador para todo el intervalo de edades (por ej., 15 a 24 años) y desglosarse por grupos quinquenales de edad (por ej., de 15 a 19 años y de 20 a 24 años). Siempre que sea posible, debe facilitarse la proporción del total de mujeres de 15 a 24 años que reside en la capital, en otras zonas urbanas y en zonas rurales, de modo que puedan calcularse las estimaciones nacionales.

INTERPRETACIÓN

La prevalencia del VIH a cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresada como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración promedio de la infección es prolongada. Además, los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. En los jóvenes, las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años. Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH.

En países en que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de anticoncepción son altos, la prevalencia del VIH en embarazadas de 15 a 24 años difiere de la correspondiente al total de mujeres del mismo grupo de edad.

Este indicador (que usa datos de dispensarios de atención prenatal) proporciona una estimación bastante correcta de las tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en lugares donde la epidemia se propaga sobre todo por vía heterosexual. Es menos fiable como indicador de las tendencias de la infección por el VIH si la mayor parte de las infecciones siguen limitadas a las poblaciones más expuestas.

Para complementar los datos de los dispensarios de atención prenatal, un número creciente de países está aplicando las pruebas del VIH como parte de las encuestas demográficas. Siempre que estén disponibles, los resultados de la encuesta deben incluirse en el informe presentado con este indicador.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

Las poblaciones más expuestas son las que suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países tanto con epidemias generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia en estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia en las poblaciones más expuestas es un parámetro esencial de la respuesta al VIH a nivel nacional. Este indicador debe calcularse por separado para cada población a la que se considere más expuesta en un país determinado; por ej., profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables y varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Nota: Los países con epidemias generalizadas también pueden tener una subepidemia concentrada en una o más de las poblaciones más expuestas. En tal caso, sería útil calcular e informar sobre este indicador en relación con estas poblaciones.

Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas
APLICABILIDAD	Países con epidemias concentradas/de baja prevalencia, donde no se recomienda la vigilancia sistemática de las embarazadas; incluye también países con subepidemias concentradas en una epidemia generalizada
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	<i>Directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación</i> , del ONUSIDA/OMS, y directrices de Family Health International sobre muestreo en grupos de población
MÉTODO DE MEDICIÓN	Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en la capital del país.
Numerador:	Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH.
Denominador:	Número de miembros de poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH. Las estimaciones de la prevalencia deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Para evitar sesgos en la tendencia a lo largo del tiempo, debe informarse sobre este indicador sólo con respecto a la capital. En años recientes muchos países han ampliado el número de centros de vigilancia centinela para incluir más centros rurales, lo que origina tendencias sesgadas como consecuencia de añadir los datos de dichos centros.

En teoría, la mejor forma de evaluar los progresos realizados para reducir la incidencia de las nuevas infecciones es vigilar los cambios de incidencia en el transcurso del tiempo. Sin embargo, en la práctica, son los datos de prevalencia, más que los de incidencia, los que están disponibles. Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones más expuestas para la evaluación del impacto del programa de prevención, sería deseable no limitarse al análisis de los jóvenes sino informar sobre aquellas personas con nuevos comportamientos que les hacen correr riesgo de infectarse (por ej., restringir el análisis a las personas que se han iniciado en el consumo de drogas inyectables durante el último año o que practican el comercio sexual desde hace menos de un año, etc.). Este tipo de análisis restringido tendrá también la ventaja de no verse afectado por el efecto de la terapia antirretrovírica en la creciente supervivencia y, por lo tanto, en la creciente prevalencia. En el Informe nacional sobre los progresos realizados, es imperativo indicar si este tipo de análisis se emplea de forma que permita un análisis mundial significativo.

INTERPRETACIÓN

Debido a las dificultades que plantea el acceso a las poblaciones más expuestas, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más importantes que los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a dispensarios de atención prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, estas dudas deberán reflejarse en la interpretación.

Para la interpretación de este indicador resulta esencial una comprensión de cómo se relaciona la población de la muestra con cualquier población mayor que presente comportamientos de riesgo similares. El periodo durante el cual las personas han pertenecido a una población más expuesta se relaciona más estrechamente que la edad con el riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar de otros grupos de edad.

Las tendencias en la prevalencia del VIH en las poblaciones más expuestas de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

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

24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica

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

Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis cohorte/de grupo
MÉTODO DE MEDICIÓN	Registros de terapia antirretrovírica
Numerador:	Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.
Denominador:	Total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes. Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (<15, 15+).
Definitions:	El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses comprendido dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2007, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2006 al 30 de junio de 2007, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en algún momento del periodo del 1 de julio de 2005 al 30 de junio de 2006. Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretrovírica (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretrovírico, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006 habrán llegado a los resultados de 12 meses para el periodo de información entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007.

Explicación del numerador: El numerador requiere que los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después del inicio del tratamiento. Para una interpretación global de la supervivencia, deben recopilarse los siguientes datos:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información.
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después de iniciar el tratamiento.

El numerado no requiere que los pacientes hayan estado en terapia antirretrovírica de forma constante durante los 12 meses del periodo. Los pacientes pueden no haber acudido a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, o haber suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes e incluidos en el numerador. Por el contrario, los pacientes que han fallecido, dejado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del comienzo del tratamiento no se incluyen en el numerador.

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica en mayo de 2005, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2005 y mayo de 2006 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), entonces en el duodécimo mes (mayo de 2006) no están en terapia antirretrovírica y no se incluyen en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretrovírica en mayo de 2005, dejó de ir a una visita en junio de 2005, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretrovírica en mayo de 2006 (en el duodécimo mes), está en terapia antirretrovírica y se incluye en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretrovírica en mayo de 2005 esté registrado como persona con vida y en terapia antirretrovírica 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2005 y mayo de 2006.

Explicación del denominador: El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretrovírica inicial en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses. Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero y el 31 de diciembre del 2007, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretrovírica durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretrovírica como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

INTERPRETACIÓN

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

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

La información prioritaria es la supervivencia global. Si hay disponibles registros exhaustivos de pacientes por cohorte, se insta a los países a que efectúen el seguimiento de la supervivencia a los 24, 36 y 48 meses para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia antirretrovírica. De esta forma, es posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta o disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no es posible atribuir la causa de estos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses aumenta con el tiempo, tal vez sea un reflejo de una mejora en las prácticas de atención y tratamiento o de un inicio más temprano de la terapia antirretrovírica. Por lo tanto, la recopilación de datos y la información sobre la supervivencia en relación con los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor del éxito a largo plazo de la terapia antirretrovírica.

MÁS INFORMACION

Para mayor información, puede consultarse el siguiente sitio web:

- <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/naparv.pdf>

25. Reducción de la transmisión materno infantil

En países de ingresos altos, las estrategias como la terapia antirretrovírica durante el embarazo y después del parto, así como la utilización de sucedáneos de la leche materna, han reducido en gran medida la tasa de transmisión materno infantil del VIH. En los países en desarrollo se observan importantes dificultades en la aplicación de dichas estrategias, debido a las limitaciones en el acceso, asequibilidad y uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, así como en servicios salud reproductiva y materno infantil, que tienen integradas intervenciones de prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), incluidos los sucedáneos de la leche materna (cuando son parte de las políticas nacionales de PTMI). No obstante, es posible lograr reducciones importantes en la transmisión materno infantil mediante métodos como la profilaxis antirretrovírica breve.

Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas

Los países no deben presentar datos sobre este indicador. El indicador se elaborará en la sede del ONUSIDA con los datos enviados en los Informes nacionales sobre el indicador de la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión materno infantil (página 37).

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la eliminación de la transmisión
APLICABILIDAD	Todos los países
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Modelización estadística basada en la cobertura y en estudios de eficacia de los programas
MÉTODO DE MEDICIÓN	El indicador se calculará tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión materno infantil en las embarazadas que reciben y no reciben profilaxis para el VIH; el factor que se pondera es la proporción de mujeres que recibe y no recibe diversos tratamientos profilácticos.

INTERPRETACIÓN

Este indicador se centra en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, a través de una mayor provisión de fármacos antirretrovíricos. Por esa razón se hace caso omiso del efecto de la lactancia en la transmisión materno infantil del VIH y el indicador podría subestimar las tasas reales de transmisión materno infantil en países en que la lactancia materna durante largos periodos es habitual. Del mismo modo, en países donde se aplican ampliamente otras medidas de PTMI del VIH (como la cesárea), el indicador proporciona en general sobreestimaciones de la transmisión materno infantil. Por esas razones, las tendencias de este indicador podrían no reflejar las tendencias generales en la transmisión materno infantil del VIH.

INDICADORES DE COMPROMISO Y ACCIÓN MUNDIALES

1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) asignada a los países de ingresos bajos y medianos
2. Cuantía de fondos públicos destinada a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH
3. Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo
4. Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo

1. Flujos financieros bilaterales y multilaterales

Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) asignada a los países de ingresos bajos y medianos

OBJETIVO	Vigilar los flujos financieros (compromisos y desembolsos) de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) y de las entidades multilaterales (el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sistema de las Naciones Unidas y los bancos de desarrollo elegidos) a los países de ingresos bajos y medianos ⁷
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Cuestionario anual de la Dirección de Cooperación para el Desarrollo (DCD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); encuesta directa a los países donantes para estimaciones en tiempo real
MÉTODO DE MEDICIÓN	Asistencia Oficial para el Desarrollo /OCDE: <ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las actividades relacionadas con la prevención, tratamiento y atención de las infecciones del transmisión sexual, incluido el VIH (código 13040 del Sistema de notificación por parte de los países acreedores CAD/OCDE). 2. Mitigación social del VIH y prestación de asistencia social y jurídica a las personas que viven con el VIH: programas especiales para tratar las consecuencias sociales del VIH (código 16064 del Sistema de notificación por parte de los países acreedores CAD/OCDE) 3. Estimaciones que incluyan parte de los sistemas de codificación de ayuda de fines múltiples⁸ <p>Las estimaciones en tiempo real de las encuestas directas a los países donantes, incluidas la Asistencia Oficial para el Desarrollo y la Ayuda Oficial a los países de ingresos bajos y medianos como ayuda directa bilateral o a través de diferentes cauces multilaterales, o por medio de flujos del sector privado (por ej., organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones y fondos empresariales)</p>

INTERPRETACIÓN

Este indicador permite la comparación cruzada de los datos de los donantes. También refleja datos estadísticos sobre la ayuda de donantes para el control del VIH.

Actualmente los códigos del Sistema de notificación por parte de los países acreedores CAD/OCDE se limitan a las intervenciones dentro del sector de la salud. Se están haciendo esfuerzos por introducir un código adicional para contabilizar la ayuda de los donantes al VIH/SIDA no relacionada con la salud e identificar los componentes de VIH/SIDA en programas más amplios (véase la nota 7). Por estas razones, es probable que el indicador subestime la ayuda total de los donantes para el VIH y el SIDA. Las fluctuaciones en el indicador reflejarán las variaciones en la respuesta a la encuesta debidas al perfeccionamiento de la metodología actual.⁹

El indicador en tiempo real de los compromisos y desembolsos totales para actividades relativas al SIDA podría sobreestimarse debido a los contenidos más amplios incluidos. Los datos por lo general están disponibles en junio de cada año, una vez acabados los ejercicios fiscales de los países donantes, que puede ser mucho antes de los informes oficiales. Estos datos no están desglosados por tipo de actividad o fines de los fondos de ayuda.

⁷ Cuatro líneas de financiación apoyan el programa del SIDA: flujos bilaterales, multilaterales, privados e internos. Los flujos bilaterales, multilaterales y privados se denominan flujos internacionales.

⁸ La Dirección de Cooperación para el Desarrollo (DCD) de la OCDE, CAD – Grupo de Trabajo de Estadística, está analizando un sistema de codificación de fines múltiples que permitiría la identificación de actividades relacionadas con el VIH/SIDA dentro de programas más amplios de salud y de otro tipo. Actualmente, hay una opción de búsqueda de texto para identificar proyectos en los cuales hay partes dedicadas al VIH y al SIDA.

⁹ Existe la propuesta de probar informes trimestrales de los países donantes al CAD/OCDE, que permitirían disponer de informes oficiales en tiempo real.

2. Fondos públicos para investigación y desarrollo

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

OBJETIVO	Seguir la financiación de la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH por parte del sector público
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Encuesta de flujos de recursos financieros ¹⁰ dirigidos a los gobiernos pertinentes (organismos de investigación gubernamentales, instancias gubernamentales de asistencia para el desarrollo, organizaciones multilaterales) para financiar la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH
MÉTODO DE MEDICIÓN	La información sobre los niveles anuales de inversión se obtiene de los departamentos nacionales/federales, así como de las organizaciones multilaterales identificadas que proporcionan financiación para la investigación y el desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH. Se recopila información acerca de los fondos desembolsados cada año en diversas actividades, en particular: ciencias básicas en relación con las vacunas; investigación preclínica; ensayos clínicos; apoyo para la preparación de ensayos clínicos, y esfuerzos de sensibilización y política tendientes a acelerar el desarrollo de estas tecnologías y su aplicación final. Sin embargo, las estimaciones no incluyen gastos e inversiones en la investigación y desarrollo de vacunas de aplicación primordialmente terapéutica; investigación no centrada primordialmente en microbicidas o vacunas preventivas del VIH, pero que puede tener beneficios o relación con alguno de estos productos (por ej., tecnologías plataforma).

INTERPRETACIÓN

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

¹⁰ Ejecutada y analizada por el Grupo de trabajo para el seguimiento de recursos en vacunas y microbicidas contra el VIH – Coalición Promotora de la Vacuna contra el SIDA, Alianza para el Desarrollo de Microbicidas, Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA y ONUSIDA.

3. Control del VIH en el lugar de trabajo: empresas transnacionales

Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo

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

4. Control del VIH en el lugar de trabajo: organizaciones internacionales

Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo

OBJETIVO	Evaluar los progresos realizados en la aplicación de políticas y programas para responder al VIH y el SIDA en las organizaciones internacionales
FRECUENCIA DE RECOPIACIÓN DE DATOS	Anual
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Estudio teórico y entrevistas a informantes clave
MÉTODO DE MEDICIÓN	Se pide a las principales organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas, la Comunidad Europea y otras organizaciones internacionales de alcance mundial y con un mandato de desarrollo humanitario o de ayuda de emergencia, que declaren si aplican actualmente políticas y procedimientos de personal que cubran, como mínimo, todos los aspectos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención del estigma y la discriminación basados en el estado serológico con respecto al VIH en: a) la contratación y promoción de personal, y b) las prestaciones por empleo, enfermedad y cese. 2. Actividades de prevención del VIH en el lugar de trabajo que cubran: a) los hechos básicos sobre el VIH y el SIDA; b) los riesgos y salvaguardas de transmisión del VIH específicamente relacionados con el trabajo; c) la promoción del uso del preservativo; d) el asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales; e) el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, y f) el suministro de fármacos relacionados con el SIDA. 3. Capacitación para el control del VIH/SIDA en situaciones de conflicto, emergencia y desastre.¹¹
Numerador:	Número de las principales organizaciones internacionales con políticas y reglamentaciones establecidas para el VIH y que cumplen todos los criterios mencionados (excepto el número 3, que se aplica sólo a las organizaciones pertinentes)
Denominador:	Número de principales organizaciones internacionales A fin de calcular este indicador, el ONUSIDA mantendrá una lista básica de las principales organizaciones internacionales que cumplen los criterios necesarios de cobertura mundial y un mandato de desarrollo, apoyo humanitario o ayuda de emergencia Siempre que sea posible, deben obtenerse y evaluarse las copias escritas de las políticas y reglamentos de personal

INTERPRETACIÓN

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

¹¹ Este aspecto es pertinente sólo para organizaciones con personal que trabaja en situaciones de conflicto, emergencia y desastre.

Apéndices

Apéndice 1. Cambios en los indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

2005	2007	Comentarios sobre los cambios
Indicadores de compromiso y acción nacionales		
Cuantía de fondos desembolsados por los gobiernos en los países de ingresos bajos y medianos	Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación	Cambio de definición
Índice Compuesto de Política Nacional	Índice Compuesto de Política Nacional	Se añaden preguntas
Indicadores del programa nacional		
Porcentaje de unidades de sangre para transfusiones analizadas para la detección del VIH	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Se cambia de sangre transfundida a sangre donada. Se añade una segunda parte al indicador sobre la proporción de sangre analizada según procedimientos operativos normalizados y criterios de calidad asegurada
Porcentaje de mujeres y varones con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica de combinación	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Se incluye a los niños
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Cambio de definición
	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Se añade indicador a la lista básica
	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Se añade indicador a la lista básica
Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Sin cambios
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Cambio de definición
Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Sin cambios

Porcentaje de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre elVIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre elVIH basada en las aptitudes para la vida durante el ultimo curso académico	Cambio de definición
Porcentaje de grandes empresas que tiene establecidos políticas y programas sobre elVIH/SIDA en el lugar de trabajo		Eliminado de la lista de indicadores básicos, incorporado al Índice Compuesto de Política Nacional
Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que ha recibido diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados		Eliminado de la lista de indicadores básicos; en curso de revisión para el informe de 2010
Indicadores de conocimiento y comportamiento		
Cociente de la asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Ya no se requiere el cálculo del cociente
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Si corresponde, se sugiere reemplazar las dos preguntas sobre ideas erróneas por versiones locales
Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual delVIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual delVIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Si corresponde, se sugiere reemplazar las dos preguntas sobre ideas erróneas por versiones locales
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad	Se amplía la franja de edad
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con una persona con la que no vivía ni estaba casado	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Se amplía la franja de edad, cambio de definición
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que declara haber usado un preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales con una persona con la que no vivía ni estaba casado	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Se amplía la franja de edad, cambio de definición
Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su ultimo cliente	Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su ultimo cliente	Sin cambios
Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el ultimo coito anal con una pareja masculina	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el ultimo coito anal con una pareja masculina	Sin cambios

Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que ha adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH, por ej., evita compartir equipo de inyección y utiliza preservativos, en el último mes (para países en que el uso de drogas inyectables es la vía establecida de transmisión del VIH)	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Se divide el indicador compuesto en los dos indicadores que lo integran (1ª parte)
	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Se divide el indicador compuesto en los dos indicadores que lo integran (2ª parte)
Indicadores de impacto		
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	Sin cambios
Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Sin cambios
Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida 12 meses después del inicio de la terapia antirretrovírica	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Cambio de definición
Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	Sigue en el conjunto básico pero se calcula en el ONUSIDA/Ginebra

Indicadores de compromiso y acción mundiales		
Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) asignada a los países de ingresos bajos y medianos	Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) asignada a los países de ingresos bajos y medianos	Sin cambios
Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	Sin cambios
Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Sin cambios
Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidos políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	Sin cambios

Apéndice 2: Modelo para la presentación del Informe nacional sobre los progresos realizados

A continuación figura el modelo completo para la presentación de la parte descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados y las instrucciones detalladas para rellenar las diferentes secciones incluidas en ella. Se recomienda encarecidamente que los datos sobre los indicadores del UNGASS se presenten a través del Sistema de Información de la Respuesta Nacional (CRIS) para aportar datos más completos, mejorar su calidad y facilitar el análisis de las tendencias. Conjuntamente con la parte descriptiva del Informe nacional sobre los progresos realizados, debe enviarse un archivo de datos.

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS [Nombre del país]

Periodo de cobertura: enero de 2006 – diciembre de 2007

Fecha de presentación: [consignar la fecha de envío formal por correo electrónico del informe nacional al ONUSIDA]

I. Índice

[Instrucciones: rellenar]

II. Situación actual

[Instrucciones: Esta sección ofrecerá al lector un breve resumen de:

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

III. Panorama general de la epidemia de SIDA

[Instrucciones: En esta sección se expondrá la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007, en función de la vigilancia centinela y otros estudios específicos (si los hubiera) de los indicadores de impacto del UNGASS. Debe incluirse la fuente de información de todos los datos aportados.]

IV. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA

[Instrucciones: Esta sección reflejará el cambio observado en el compromiso nacional y en la ejecución del programa, desglosado en los siguientes aspectos: prevención, atención, tratamiento, apoyo, cambio en el conocimiento y comportamiento, así como mitigación del impacto, durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la ejecución de los programas del VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH basándose en los datos de los indicadores del UNGASS. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad (15–19 años, 20–24 años y 25–49 años). Los países también emplearán los datos del Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 7) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo y aplicación de política y estrategia, e incluir un análisis de las tendencias de los datos clave del Índice Compuesto de Política Nacional desde 2003, siempre que estén disponibles. Se insta a los países a que informen sobre datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos del UNGASS.]

V. Prácticas óptimas

[Instrucciones: Esta sección incluirá ejemplos detallados de lo que se considera una práctica óptima en el país en uno o más ámbitos clave (como liderazgo político; entorno político de apoyo; ampliación de programas eficaces de prevención; ampliación de programas de atención, tratamiento y/o apoyo; vigilancia y evaluación; desarrollo de aptitudes; desarrollo de infraestructuras). El objetivo de esta sección es intercambiar las enseñanzas adquiridas con otros países.]

VI. Principales problemas y acciones correctoras

[Instrucciones: Esta sección se centrará en:

- a) los progresos realizados con respecto a los problemas clave especificados en el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS de 2005 (si los hubiera);
- b) los problemas afrontados durante todo el periodo de información (2006-2007) que hayan obstaculizado la respuesta nacional en general, y los avances hacia la consecución de los objetivos del UNGASS en particular; y
- c) las medidas correctoras concretas ideadas para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS acordados.]

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

[Instrucciones: Esta sección se centrará en: a) el apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo, y b) las medidas que éstos deben tomar para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS.]

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

[Instrucciones: Esta sección ofrecerá a) un panorama general del sistema actual de vigilancia y evaluación; b) los problemas afrontados en la aplicación de un sistema de vigilancia y evaluación amplio; c) las medidas correctoras ideadas para superar los problemas; y d) destacar —cuando sea apropiado— las necesidades de asistencia técnica en materia de vigilancia y evaluación y de desarrollo de las capacidades. Los países deben basar esta sección en el Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 5).]

ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

ANEXO 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Sírvanse enviar el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS antes del 31 de enero de 2008 al Departamento de Evaluación del ONUSIDA a: ungassindicators@unaids.org.

Si no se utiliza el Sistema de Información de la Respuesta Nacional (CRIS) para el envío de datos sobre los indicadores, sírvanse enviar los informes antes del 15 de enero de 2008 a fin de darnos tiempo para proceder a su inclusión manual en la Base de Datos sobre la Respuesta Mundial de Ginebra.

Las copias impresas pueden enviarse por correo a:

Dr. Paul De Lay, Director, Departamento de Evaluación
 ONUSIDA
 20 Avenue Appia
 CH-1211 Ginebra 27
 Suiza

Apéndice 3. Metodología utilizada para la encuesta de cobertura de servicios seleccionados de prevención, atención y apoyo relacionados con el VIH

En situaciones en las que no sea posible obtener datos representativos de la cobertura nacional, los países tal vez deban confiar en los datos recopilados en entrevistas con informantes clave. Un ejemplo del uso acertado de esta metodología es un estudio emprendido por el ONUSIDA, la OMS, el UNICEF, USAID y Policy Project titulado *Coverage of selected services for HIV prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Este estudio reunió datos provenientes de 73 países de ingresos bajos y medianos que abarcaban al 88% de las personas que en ese momento vivían con el VIH en los países en desarrollo. En el informe, la metodología fundamental se describe de esta manera:

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

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

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

Esta encuesta se repitió en 2005 y volvieron a obtenerse datos útiles. Algunos de ellos se utilizaron para el Informe mundial sobre los progresos realizados de 2006.

Para mayor información, pueden consultarse las siguientes publicaciones disponibles en:
<http://www.constellafutures.com/publications>:

- USAID/PEPFAR/ONUSIDA/OMS/UNICEF (2006). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Bajo- and Middle-income Countries in 2005*.
- USAID/PEPFAR/ONUSIDA/OMS/UNICEF (2004). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Bajo- and Middle-income Countries in 2003*.

Apéndice 4. Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre los progresos realizados en la vigilancia del seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

- 1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?
- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| a) CNS o equivalente | Sí | No |
| b) PNS | Sí | No |
| c) Otras
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- 2) Con aportaciones de
- Ministerios:
- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| Educación | Sí | No |
| Salud | Sí | No |
| Trabajo | Sí | No |
| Relaciones Exteriores | Sí | No |
| Otros
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| Organizaciones de la sociedad civil | Sí | No |
| Personas que viven con el VIH | Sí | No |
| Sector privado | Sí | No |
| Organizaciones de las Naciones Unidas | Sí | No |
| Organizaciones bilaterales | Sí | No |
| ONG internacionales | Sí | No |
| Otras
(sírvanse especificar) | Sí | No |
- 3) ¿Se debatió el informe en un gran foro? Sí No
- 4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta? Sí No
- 5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública? Sí No
- 6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

Nombre / cargo: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Apéndice 5. Calendario para la presentación de informes sobre los indicadores básicos de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

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

Apéndice 6. Matriz de Financiación Nacional – 2007

Portada

Sírvanse proporcionar la siguiente información al presentar la Matriz de Financiación Nacional rellena.

País: _____

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

Nombre: _____ Cargo: _____

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

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Periodo cubierto: año civil 2006 _____ o año fiscal _____

En caso de que el periodo cubierto sea un ejercicio fiscal, sírvanse consignar el mes/año de inicio y cierre:
de ___ / ___ a ___ / ___

Moneda local: _____

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el periodo de información abarcado: _____

Metodología:

(Sírvanse confirmar qué metodología –Evaluación del gasto nacional relativo al SIDA, Cuentas nacionales de salud o Encuestas de flujos de recursos– proporcionó los datos para la Matriz de Financiación Nacional y ofrecer información sobre cómo y dónde se puede acceder al informe completo a partir del cual se aplicó la metodología para obtener los datos.)

Gastos no contabilizados:

(Sírvanse especificar si hubo gastos relacionados con actividades de algunas de las categorías o subcategorías de gastos relativos al SIDA que no se incluyen en la Matriz de Financiación Nacional y explicar por qué no se han incluido.)

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

___ Sí ___ No

Matriz de Financiación Nacional – 2008

Antecedentes

La Matriz de Financiación Nacional se utiliza para medir el primer indicador del UNGASS sobre compromiso y acción nacionales: Gasto relativo al SIDA por fuente de financiación. Se trata de una hoja de cálculo que permite a los países registrar los gastos relativos al SIDA en ocho categorías de tres fuentes de financiación. Este indicador proporciona información fundamental, útil tanto para el nivel nacional como mundial, de la respuesta al SIDA. La matriz ha sido diseñada para que resulte compatible con los diferentes sistemas de recopilación y seguimiento de datos, por ej., Evaluación del gasto nacional (EGN) relativo al SIDA, Cuentas nacionales de salud¹² y Encuestas de flujos de recursos, de modo que se transfiera la información de dichos instrumentos a la presente matriz. (Se insta a los países interesados en aplicar la EGN a que se pongan en contacto con el ONUSIDA para solicitar información adicional sobre este instrumento.)

Estructura de la matriz

La Matriz de Financiación Nacional tiene dos componentes básicos:

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

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

Cada categoría de gasto incluye varias subcategorías. Entre las ocho categorías de gasto hay un total de 77 subcategorías. Es importante señalar que todas las categorías y subcategorías son específicas para el SIDA; por ejemplo, los gastos enumerados en Entono favorable y desarrollo de la comunidad deben ser sólo aquellos atribuibles directamente a la respuesta al SIDA.

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

Hay tres grupos principales de Fuentes de financiación: pública nacional, privada internacional y nacional (opcional para la preparación del informe del UNGASS).

Al igual que con las categorías de gasto, cada fuente de financiación tiene varias subcategorías. Las fuentes públicas tienen cuatro subcategorías central/nacional, subnacional, reembolsable del banco de desarrollo (préstamos) y todas las otras públicas. Las fuentes internacionales tienen cinco categorías: organismos bilaterales, organizaciones de las Naciones Unidas, Fondo Mundial, subvenciones del banco de desarrollo (no reembolsables) y todas las otras fuentes internacionales. Las fuentes privadas tienen dos subcategorías: empresariales y de consumo/personales. *(Nota: Los datos sobre las fuentes privadas son optativos a efectos de la elaboración del informe del UNGASS. Sin embargo, se recomienda a los países que recopilen los datos disponibles e informen sobre ellos porque pueden resultar de utilidad para la gestión de la respuesta nacional a la epidemia.)*

Instrucciones

- La Autoridad/Comité Nacional del SIDA o equivalente debe designar un coordinador técnico para gestionar la obtención y aportación de datos válidos para la Matriz de Financiación Nacional. Se recomienda que dicho coordinador posea conocimientos apropiados de los instrumentos y metodologías actualmente en uso en el país para la recopilación de este tipo de datos financieros (por ej., Evaluación del gasto nacional (EGN) relativo al SIDA, Cuentas nacionales de salud y Encuestas de flujos de recursos). Además, se insta al coordinador a que se ponga en contacto con otras personas de los puntos de seguimiento de los recursos nacionales, como

¹² Si un país dispone de un programa de Cuentas nacionales de salud, debe remitirse a la guía completa de la EGN del ONUSIDA que proporciona orientación sobre la forma de elaborar matrices de Cuentas Nacionales de Salud que hagan cuadrar los resultados de dicho programa con la Matriz de Financiación Nacional. Puede solicitarse apoyo técnico adicional a los asesores del ONUSIDA de evaluación y vigilancia sobre la aplicación del cruce de datos en las oficinas del ONUSIDA en el país o en la Unidad de Seguimiento de Recursos en la sede del ONUSIDA en Ginebra.

los funcionarios del Ministerio de Salud que han participado en la elaboración de informes sobre los gastos relativos al VIH. El propósito de esta participación es lograr un acuerdo en cuanto a la estimación nacional de los desembolsos relativos al VIH y evitar la duplicación de iniciativas.

- Se insta a los países a que incorporen todos los detalles posibles en la Matriz de Financiación Nacional, incluidos todos los desgloses pertinentes por categorías y subcategorías de gasto relativo al SIDA y fuente de financiación. Todas las categorías y subcategorías que no sean aplicables a un país deben identificarse claramente; las explicaciones de las categorías y subcategorías que no incluyan estimaciones por ninguna otra razón deben aportarse a la matriz como parte de la portada.
- Los datos financieros de la matriz deben ser los gastos reales. No deben incluir partidas del presupuesto que no se hayan validado como gastos reales ni se deben hacer constar sumas correspondientes a compromisos u obligaciones.
- El total del apartado de cada línea debe incluir la financiación de todas las fuentes enumeradas para dicho apartado. Además, se consignará un subtotal para cada una de las ocho categorías de gasto relativo al SIDA, que reflejará la financiación total correspondiente a todas las fuentes de todas las subcategorías de determinada categoría.
- Las cantidades de cada categoría o subcategoría deben consignarse en moneda local. Sin embargo, también es importante hacer constar las tasa promedio de cambio en relación con el dólar estadounidense correspondiente al año civil o fiscal 2006 del periodo de información cubierto; véase la portada de la Matriz de Financiación Nacional en la página 98.
- Las categorías y subcategorías de gasto están diseñadas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “Otros/sin clasificar” que aparece en cada una de las ocho categorías de gasto relativo al SIDA. (La descripción detallada de las categorías y subcategorías está disponible en la publicación del ONUSIDA *Notebook to Produce National Spending Assessments*; véase referencia más abajo.)
- Los gastos se computarán exclusivamente en una sola categoría o subcategoría; nunca deben contarse dos veces. Por ejemplo, los gastos en actividades para los huérfanos y niños vulnerables no se deben volver a computar en protección social y servicios sociales.
- Las categorías y subcategorías correspondientes a las fuentes de financiación están concebidas para que resulten fáciles de entender. Los desembolsos que no pertenecen claramente a una subcategoría específica deben incluirse en la subcategoría “otros” que aparece tanto en las fuentes públicas como en las internacionales. Téngase en cuenta que la lista de categorías y subcategorías de fuentes de financiación no es exhaustiva; sin embargo, menciona las principales fuentes de financiación.
- La financiación en las subcategorías central/nacional y subnacional de las fuentes públicas sólo debe incluir los ingresos generados por el gobierno y destinados a la respuesta al SIDA. No debe figurar la asistencia para el desarrollo de ningún tipo proveniente de fuentes internacionales; la única excepción posible sería el apoyo presupuestario de organizaciones donantes que no puede diferenciarse de los ingresos nacionales. Si la cifra total de apoyo al presupuesto puede identificarse, debe figurar en la subcategoría de fuentes internacionales (por ej., bilaterales). Si algún tipo de ayuda presupuestaria se incluye en las subcategorías central/nacional y/o subnacional, debe indicarse en la portada (véase más arriba).
- La financiación procedente de un banco de desarrollo debe hacerse constar tanto como “reembolsable” (por ej., préstamos), que aparece en fuentes públicas, o “no reembolsable” (por ej., subvenciones) que aparece en fuentes internacionales. Los países que reciben préstamos y subvenciones de los bancos de desarrollo deben tener cuidado de asignar dichos fondos a las categorías correctas.
- La financiación aportada por donantes bilaterales individuales no debe desglosarse por organismo donante en la matriz de financiación.
- Los fondos aportados por las fundaciones internacionales deben figurar en la subcategoría “otros” de la categoría internacional. Los fondos recibidos de fundaciones locales deben figurar en la subcategoría “otros” de la categoría fuentes de financiación públicas.
- Es optativo dar información sobre la financiación procedente de fuentes privadas. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a los países que recopilen los datos disponibles en este ámbito, e informen sobre ellos, para ofrecer un panorama más completo de los fondos disponibles para la respuesta al SIDA.
- En la columna de fuentes privadas correspondiente a empresas, deben figurar los fondos desembolsados en el país por las diversas empresas en las distintas categorías y subcategorías de gasto relativo al SIDA; la columna adyacente, “Consumidor/desembolsos directos”, debe incluir los fondos desembolsados por personas y/o familias en las categorías y subcategorías de gasto relativo al SIDA. (Nota: Es probable que la mayor parte de las entradas de esta última columna figure en las categorías y subcategorías de atención y tratamiento y se seleccione en la de prevención.)

- Si un país dispone de un programa de Cuentas Nacionales de Salud, debe solicitar el NASA-NHA *Crosswalk*, una guía completa del ONUSIDA que muestra como hacer coincidir los resultados de ese programa con la Matriz de Financiación Nacional. Los países pueden ponerse en contacto con el oficial de vigilancia y evaluación de la oficina del ONUSIDA en el país o con la Unidad de Seguimiento de Recursos en la sede del ONUSIDA en Ginebra.
- Si un país trabaja a partir de una Encuesta de flujo de recursos, tal vez pueda vincular los subtotales de la encuesta con las ocho categorías de gasto relativo al SIDA de la Matriz de Financiación Nacional.
- Las versiones electrónicas de *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments* y *NASA-NHA Crosswalk* (véase más arriba) pueden descargarse de la siguiente página del sitio web del ONUSIDA: www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp. También puede descargarse una versión electrónica de la Matriz de Financiación Nacional en formato Excel del mismo sitio web.
- La Secretaría del ONUSIDA recomienda encarecidamente que el CNS, o equivalente, organice un taller de un día de duración con las partes interesadas pertinentes para revisar la Matriz de Financiación Nacional antes de enviarla como parte del proceso de preparación de informes del UNGASS. Entre las partes interesadas pertinentes se incluirán a los ministerios y departamentos gubernamentales federales y provinciales/regionales/estatales, las organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, los órganos multilaterales, los donantes bilaterales, las fundaciones y entidades del sector comercial, y los representantes de otras iniciativas pertinentes de seguimiento de recursos.

La matriz está disponible en versión electrónica en formato de hoja de cálculo de Excel, incluida en el CD-ROM que se adjunta a la versión impresa de las presentes directrices.

Si no han recibido el CD-ROM, pónganse por favor en contacto por correo electrónico con el Departamento de Evaluación del ONUSIDA (ungassindicators@unaids.org) para solicitar el archivo en Excel.

Matriz de Financiación Nacional
Categorías del gasto relativo al SIDA por fuente de financiación

AÑO _____
 Año civil: Sí _____ No _____
 (especificar principio/fin) _____
 Tasa promedio de cambio para el año _____

Categorías del gasto relativo al SIDA	Fuente de financiación													
	TOTAL (Moneda local)	Fuentes públicas					Fuentes internacionales					Fuentes privadas <small>(optativo para la presentación de informes del UNGASS)</small>		
		Públicas (subtotal)	Centrales Nacionales	Sub- nacionales	Banco de desarrollo (reembolsable)	Todas las otras públicas	Internacionales (subtotal)	Bilaterales	Organos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsable)	Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Empresas
TOTAL (Moneda local)														
1. Prevención (subtotal)														
1.1 Medios de comunicación														
1.2 Movilización de la comunidad														
1.3 Asesoramiento y pruebas voluntarias														
1.4 Programas para poblaciones vulnerables y especiales														
1.5 Jóvenes escolarizados														
1.6 Jóvenes no escolarizados														
1.7 Programas de prevención para PVV5														
1.8 Programas para profesionales del sexo y sus clientes														
1.9 Programas para VSV														
1.10 Programas de reducción de daños para CD														
1.11 Actividades en el lugar de trabajo														
1.12 Comercialización social de preservativos														
1.13 Suministro de preservativos en los sectores público y comercial														
1.14 Preservativo femenino														
1.15 Microbicidas														
1.16 Mejora de la gestión de las ITS														
1.17 Prevención de la transmisión materno-infantil														
1.18 Seguridad hematológica														
1.19 Profilaxis posterior a la exposición														
1.20 Inyecciones médicas seguras														
1.21 Circuncisión masculina														
1.22 Precauciones universales														
1.99 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
2. Atención y tratamiento (subtotal)														
2.1 Atención ambulatoria														
2.2 Pruebas inducidas por proveedor														
2.3 Profilaxis de infecciones oportunistas (IO)														
2.4 Terapia antirretroviral														
2.5 Apoyo alimentario														
2.6 Vigilancia específica de laboratorio del VIH														
2.7 Atención odontológica														
2.8 Atención psicosocial														
2.9 Atención paliativa														
2.10 Atención domiciliaria														
2.11 Proveedores adicionales /informales														
2.12 Atención hospitalaria														
2.13 Tratamiento de infecciones oportunistas (IO)														
2.99 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
3. Huérfanos y niños vulnerables* (subtotal)														
3.1 Educación														
3.2 Atención sanitaria básica														
3.3 Apoyo a la familia/al hogar														
3.4 Apoyo comunitario														
3.5 Costos administrativos														
3.9 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas (subtotal)														
4.1 Gestión de programas														
4.2 Planificación y coordinación														
4.3 Vigilancia y evaluación														
4.4 Investigación de operaciones														
4.5 Serovigilancia														
4.6 Vigilancia de la farmacoresistencia del VIH														
4.7 Sistemas de suministro de fármacos														
4.8 Tecnología de la información														
4.9 Supervisión de personal														
4.10 Mejora de la infraestructura de laboratorio														
4.11 Construcción de centros de salud nuevos														
4.99 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
5. Incentivos para recursos humanos** (subtotal)														
5.1 Incentivo monetario para médicos														
5.2 Incentivo monetario para enfermeros														
5.3 Incentivo monetario para otro tipo de personal														
5.4 Capacitación y fortalecimiento de una fuerza de trabajo sobre el SIDA														
5.5 Formación														
5.9 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
6. Protección social y servicios sociales, excluidos los huérfanos y los niños vulnerables														
6.1 Beneficios monetarios														
6.2 Beneficios en especie														
6.3 Servicios sociales														
6.4 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
6.9 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad (subtotal)														
7.1 Fomento de la sensibilización y comunicación estratégica														
7.2 Derechos humanos														
7.3 Desarrollo institucional específico del SIDA														
7.4 Programas específicos para el SIDA con participación de las mujeres														
7.9 Otras/Sin clasificar en otras categorías														
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones que se incluye debajo (subtotal)														
8.1 Investigación biomédica														
8.2 Investigación clínica														
8.3 Investigación epidemiológica														
8.4 Investigación en ciencias sociales														
8.5 Investigación comportamental														
8.6 Investigación económica														
8.7 Investigación en fortalecimiento de la capacidad														
8.8 Investigación relacionada con las vacunas														
8.9 Otras/Sin clasificar en otras categorías														

* Los niños vulnerables se definen en este contexto como aquellos que tienen por lo menos un progenitor vivo pero gravemente enfermo (principalmente a causa del VIH) y es incapaz de cuidarlos.
 ** El punto sobre los incentivos a los recursos humanos debe separarse de los costos de prestación de servicios de otras actividades, por ej., del servicio ambulatorio y de hospitalización. Debe procurarse no contarlos dos veces.

Apéndice 7. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) 2007

PAÍS:

Nombre del funcionario del Comité Nacional del SIDA a cargo: _____

Firma: _____

Dirección postal: _____

Tel: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de presentación: _____

Instrucciones

Antecedentes

El siguiente instrumento mide uno de los indicadores de compromiso y acción nacionales, el Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), preparado para evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de las políticas y estrategias nacionales sobre el SIDA. **Es parte integral de la lista de los indicadores básicos del UNGASS, que debe completarse como parte del Informe nacional sobre los progresos realizados del UNGASS de 2007.**

Esta tercera versión del ICPN ha sido actualizada para que refleje la nueva orientación programática relativa al SIDA y coincida con los nuevos instrumentos de medición de política y aplicación acordados.¹³

También se presentaron los datos del ICPN en las rondas previas de informes del UNGASS de 2003 y 2005. Se recomienda a los países que lleven a cabo un análisis de las tendencias con respecto a las preguntas clave e incluyan una descripción de las conclusiones en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2007.¹⁴

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El ICPN se divide en dos partes:

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

Esta parte abarca cinco grandes áreas:

1. Plan estratégico
2. Apoyo político
3. Prevención
4. Tratamiento, atención y apoyo
5. Vigilancia y evaluación

Parte B, que se entrega para que respondan los representantes de organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca cuatro áreas:

1. Derechos humanos
2. Participación de la sociedad civil
3. Prevención
4. Tratamiento, atención y apoyo

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

PASOS PROPUESTOS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

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

Los coordinadores técnicos (de preferencia del CNS [o equivalente] en el caso de la parte A y una persona externa al gobierno respecto de la parte B) deben ser responsables de llevar a cabo la revisión y las entrevistas específicas para este indicador. Lo ideal sería que estas personas tuvieran experiencia en vigilancia y evaluación, y pueden solicitar la ayuda de un consultor con experiencia similar.

2. Recopilación de datos

Cada sección debe completarse mediante a) revisión teórica y b) entrevistas con las personas clave mejor informadas sobre ese asunto:

¹³ Índice de esfuerzo de política y planificación o niños huérfanos y vulnerables por causa del VIH/SIDA, UNICEF 2005; Ampliación hacia el acceso universal, ONUSIDA, 2006; Establecimiento de metas nacionales orientadas a alcanzar el acceso universal, ONUSIDA, 2006; Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH; ONUSIDA, 2007.

¹⁴ véase *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, ONUSIDA 2002 y ONUSIDA 2005, respectivamente, para las preguntas clave de los cuestionarios previos del ICPN.

- *Plan estratégico y apoyo político*: el director o subdirector del programa nacional del SIDA o del consejo nacional del SIDA, los responsables del programa del SIDA provincial y de distrito y el ONUSIDA.
- *Vigilancia y evaluación*: funcionarios del comité nacional del SIDA o equivalente, del ministerio de salud y puntos focales sobre el VIH de otros ministerios.
- *Derechos humanos*: funcionarios del ministerio de justicia, comisionados de derechos humanos y representantes de las organizaciones no gubernamentales de derechos humanos o personal de instituciones y centros de ayuda jurídica, personas que viven con el VIH.
- *Participación de la sociedad civil*: representantes clave de organizaciones importantes de la sociedad civil que trabajan en el campo del VIH, personas que viven con el VIH.
- *Prevención, tratamiento, atención y apoyo*: ministerios y principales organismos y organizaciones de ejecución que trabajan en este campo, incluidas las organizaciones no gubernamentales y las personas que viven con el VIH.

3. Entrada, análisis e interpretación de los datos

Una vez rellenado todo el ICPN, los coordinadores técnicos deberán revisar cuidadosamente todas las respuestas para determinar si hacen falta consultas adicionales o la revisión de más documentos. Es importante analizar los datos de cada una de las secciones del ICPN e incluir una reseña en el Informe nacional sobre los progresos realizados en materia de desarrollo de política/estrategia y aplicación de los programas para detener la epidemia de VIH/SIDA del país. También deben incluirse comentarios sobre las coincidencias/discrepancias de preguntas de la parte A y la parte B que se superponen, así como un análisis de las tendencias de los datos clave del ICPN desde 2003, allí donde estén disponibles. Las conclusiones del ICPN deben presentarse, discutirse y acordarse durante el taller de consulta nacional del UNGASS (véase el apartado 4 más abajo). Se recomienda introducir los datos finales acordados en el Sistema de Información de la Respuesta Nacional (CRIS). Si no es posible, debe enviarse una versión electrónica del cuestionario rellenado como apéndice del Informe nacional sobre los progresos realizados.

4. Taller de consulta organizado por el CNS (o equivalente)

Se recomienda encarecidamente al CNS (o equivalente) que organice un foro de consulta amplio de un día de duración para discutir y respaldar las principales conclusiones del Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, incluidos los resultados del ICPN. Se prevé que las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones religiosas, los grupos por la igualdad entre los sexos y de derechos de la mujer, así como las organizaciones de fomento de los derechos humanos y jurídicos y otras organizaciones no gubernamentales importantes, sean invitados a participar.

Entrevistados para el ICPN

[Indiquen todos los entrevistados cuyas respuestas se han compilados para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añadan tantas filas como sean necesarias]

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

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

ICPN - PARTE B [para que respondan las organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistado para la Parte B [indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV

Nota: En las respuestas del ICPN, N/C significa “no corresponde”

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Parte A

[para que respondan los funcionarios del gobierno]

I. Plan estratégico

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

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

Sí	Periodo cubierto: <i>[especificar]</i>	No corresponde (N/C)	No
----	--	----------------------	----

Si la respuesta es negativa o N/C, explíquelo brevemente

Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas 1.1 a 1.10; de lo contrario, pase a la pregunta 2.

- 1.1 ¿Desde cuándo tiene el país un marco nacional de estrategia y acción multisectorial?

Número de años:

- 1.2 ¿Qué sectores están incluidos en el marco nacional de estrategia y acción multisectorial con un presupuesto específico para el VIH relativo a sus actividades?

Sectores incluidos	Marco estratégico/de acción		Presupuesto asignado	
	Sí	No	Sí	No
Salud	Sí	No	Sí	No
Educación	Sí	No	Sí	No
Trabajo	Sí	No	Sí	No
Transporte	Sí	No	Sí	No
Ejército/Policía	Sí	No	Sí	No
Mujeres	Sí	No	Sí	No
Jóvenes	Sí	No	Sí	No
Otros:* <i>[especificar]</i>	Sí	No	Sí	No

* Cualquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

Si no hay un presupuesto asignado, ¿cómo se asignan las partidas presupuestarias?

1.3 El marco estratégico/de acción multisectorial, ¿se dirige a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

Poblaciones destinatarias		
a. Mujeres y niñas	a. Sí	No
b. Muchachas y muchachos	b. Sí	No
c. Subpoblaciones específicas vulnerables ¹⁵	c. Sí	No
d. Huérfanos y otros niños vulnerables	d. Sí	No
Entornos		
e. Lugar de trabajo	e. Sí	No
f. Escuelas	f. Sí	No
g. Prisiones	g. Sí	No
Asuntos interrelacionados		
h. VIH/SIDA y pobreza	h. Sí	No
i. Protección de los derechos humanos	i. Sí	No
j. Participación de las PVVS	j. Sí	No
k. Abordaje del estigma y la discriminación	k. Sí	No
l. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	l. Sí	No

1.4 ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación/análisis de necesidades?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó esta evaluación/análisis de necesidades? Año:

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se identificaron las poblaciones destinatarias?

¹⁵ Las poblaciones más expuestas son los grupos identificados localmente como más expuestos al riesgo de transmisión del VIH (consumidores de drogas inyectables, varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes, migrantes transfronterizos, trabajadores migrantes, personas internamente desplazadas, refugiados, presos, etc.).

1.5 ¿Cuáles son las poblaciones destinatarias del país? *[especificar]*

1.6 ¿Incluye el marco estratégico/de acción multisectorial un plan operativo?

Sí	No
----	----

1.7 ¿Incluye el marco estratégico/de acción multisectorial o el plan operativo:

a. objetivos formales del programa?	Sí	No
b. hitos y/o metas claras?	Sí	No
c. un presupuesto detallado de los costos por área programática?	Sí	No
d. indicaciones de fuentes de financiación?	Sí	No
e. un marco de vigilancia y evaluación?	Sí	No

1.8 ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de las sociedad civil¹⁶ en el desarrollo del marco estratégico/de acción multisectorial?

Participación activa	Participación moderada	Participación nula
----------------------	------------------------	--------------------

Si la participación es activa, describa brevemente cómo se ha conseguido:

Si la participación es NULA o MODERADA, explíquelo brevemente:

1.9 ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo (bilaterales y multilaterales) el marco estratégico/de acción multisectorial?

Sí	No
----	----

¹⁶ La sociedad civil incluye entre otros: las redes de personas que viven con el VIH; las organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios relacionados con el SIDA, de base comunitaria, de grupos de afectados clave (incluidos los VSV, los profesionales del sexo, los CDI, los migrantes, los refugiados y poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera por separado.

1.10 ¿Han ajustado y armonizado los asociados para el desarrollo (bilaterales y multilaterales) sus programas relacionados con el VIH y el SIDA con el marco nacional estratégico/de acción multisectorial?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No
-------------------------	-----------------------	----

Si lo han hecho ALGUNOS o NINGUNO, explíquelo brevemente

2. ¿Ha integrado el país el VIH y el SIDA en sus planes de desarrollo general, tales como: a) planes de desarrollo nacional, b) evaluaciones nacionales comunes / Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza, y d) enfoque amplio sectorial?

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué planes de desarrollo está integrado el apoyo político al VIH y el SIDA?

a) ____ b) ____ c) ____ d) ____ e) otros

2.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles de las siguientes áreas están incluidas en estos planes de desarrollo?

✓ Marcar la política/estrategia incluida

Área de política	Planes de desarrollo				
	a)	b)	c)	d)	e)
Prevención del VIH					
Tratamiento de las infecciones oportunistas					
Terapia antirretrovírica					
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)					
Alivio del impacto del SIDA					
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH					
Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH					
Reducción del estigma y la discriminación					
Mayor poder económico de las mujeres (por ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)					
Otras: <i>[especificar]</i>					

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

Sí	No	N/C
----	----	-----

- 3.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿en qué grado ha incidido en las decisiones de asignación de recursos?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

4. ¿Tiene el país un marco estratégico/de acción para tratar los problemas del VIH y el SIDA entre sus cuerpos uniformados nacionales, incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.?

Sí	No
----	----

- 4.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuáles de los siguientes programas se han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

Comunicación de cambio de comportamientos	Sí	No
Suministro de preservativos	Sí	No
Asesoramiento y pruebas del VIH*	Sí	No
Servicios de ITS	Sí	No
Tratamiento	Sí	No
Atención y apoyo	Sí	No
Otros: [especificar]	Sí	No

* *¿Qué enfoque se ha adoptado con respecto al asesoramiento y las pruebas del VIH? ¿La prueba del VIH es voluntaria u obligatoria (por ej., para incorporarse al cuerpo uniformado)? Explíquelo brevemente:*

5. ¿Ha hecho el país el seguimiento de los compromisos para alcanzar el acceso universal adoptados durante la Revisión de Alto Nivel sobre el SIDA de junio de 2006?

Sí	No
----	----

- 5.1 ¿Han sido revisados el Plan Estratégico Nacional /el plan operativo y el presupuesto nacional para el SIDA en consecuencia?

Sí	No
----	----

5.2 ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria?

Sí	No
----	----

5.3 ¿Hay estimaciones y previsiones fiables de necesidades futuras del número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?

Estimaciones y necesidades previstas	Sólo estimaciones	No
--------------------------------------	-------------------	----

5.4 ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH y el SIDA?

Sí	No
----	----

(a) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)?

Sí	No
----	----

(b) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por subgrupos de población?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los subgrupos de población?

(c) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por zona geográfica?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué niveles (provincial, de distrito, otros)?

5.5 ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades, y los sistemas logísticos de suministro de fármacos?

Sí	No
----	----

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de <i>planificación estratégica</i> en los programas del VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

II. Apoyo político

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

1. ¿Los altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos contra el SIDA en los grandes foros locales por lo menos dos veces por año?

Presidente/jefe del gobierno

Sí	No
----	----

Otros altos cargos

Sí	No
----	----

Otros funcionarios regionales y/o de distrito

Sí	No
----	----

2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del SIDA reconocido oficialmente? (consejo nacional del SIDA o equivalente)

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, explíquela brevemente:

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

2.2 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿quién es el presidente?

[escriba el nombre y el cargo/función]

2.3 *Si la respuesta es afirmativa:*

¿tiene atribuciones?	Sí	No
¿tiene liderazgo y participación activos del gobierno?	Sí	No
¿tiene una composición definida?	Sí	No
¿incluye a representantes de la sociedad civil?	Sí	No
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué porcentaje? [especificar]		
¿incluye a personas que viven con el VIH?	Sí	No
¿incluye al sector privado?	Sí	No
¿tiene un plan de acción?	Sí	No
¿tiene una secretaría en funcionamiento?	Sí	No
¿se reúne por lo menos trimestralmente?	Sí	No
¿revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?	Sí	No
¿promueve activamente decisiones políticas?	Sí	No
¿da la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?	Sí	No
¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Sí	No

3. ¿Cuenta su país con un órgano nacional del SIDA u otro mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para aplicar programas y estrategias relativos al VIH y el SIDA?

Sí	No
----	----

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

Atribuciones	Sí	No
Composición definida	Sí	No
Plan de acción	Sí	No
Secretaría en funcionamiento	Sí	No
Reuniones periódicas	Sí	No
	Frecuencia de las reuniones:	

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los principales logros?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los principales problemas de trabajo de este órgano?

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH y el SIDA se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?

Porcentaje:

5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece el CNS (o equivalente) a los asociados para la ejecución del programa nacional, en especial a las organizaciones de la sociedad civil?

Información sobre las necesidades y servicios prioritarios	Sí	No
Orientación técnica /materiales	Sí	No
Adquisición y distribución de suministros/fármacos	Sí	No
Coordinación con otros asociados de ejecución	Sí	No
Desarrollo de las capacidades	Sí	No
Otros: <i>[especificar]</i>		

6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del SIDA?

Sí	No
----	----

- 6.1 ***Si la respuesta es afirmativa, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del SIDA?***

Sí	No
----	----

6.2 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿qué políticas y leyes se han enmendado, y cuándo?

Política/Ley:	Año:
---------------	------

Política/Ley:	Año:
---------------	------

[Enumerar todas las pertinentes]

En general, ¿cómo calificaría los <i>esfuerzos de planificación estratégica</i> en los programas del VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

III. Prevención

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

Sí	No	N/C
----	----	-----

- 1.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

✓ Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

Abstinencia sexual	
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	
Fidelidad	
Reducción del número de parejas sexuales	
Uso sistemático del preservativo	
Práctica de relaciones sexuales seguras	
Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
Uso de equipo de inyección estéril	
Combatir la violencia contra las mujeres	
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	
Otros: <i>[especificar]</i>	

- 1.2 ¿Ha efectuado el país una actividad o aplicado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH y el SIDA en los medios de comunicación?

Sí	No
----	----

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecida para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?

Sí	No
----	----

- 2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

las escuelas primarias?

Sí	No
----	----

las escuelas secundarias?

Sí	No
----	----

la formación de maestros?

Sí	No
----	----

- 2.2 ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?

Sí	No
----	----

2.3 ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre elVIH para los jóvenes no escolarizados?

Sí	No
----	----

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, explíquelo brevemente:

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención delVIH cubre la política/estrategia?

✓ Marque la política/estrategia incluida

	CDI	VSV	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Internos de prisiones	Otras subpoblaciones* [especificar]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre elVIH						
Reducción del estigma y la discriminación						
Promoción del preservativo						
Asesoramiento y pruebas delVIH						
Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las ITS						
Reducción de la vulnerabilidad (por ej., generación de ingresos)	N/C	N/C		N/C	N/C	
Terapia de sustitución de drogas		N/C	N/C	N/C	N/C	
Intercambio de jeringas y agujas		N/C	N/C	N/C	N/C	

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención delVIH en 2007 y 2005?

2007	Insuficientes										Correctos												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:

4. ¿Ha identificado el país los distritos (o nivel geográfico/descentralizado equivalente) que necesitan programas de prevención del VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se amplían los programas de prevención del VIH?

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado se han aplicado los siguientes programas de prevención del VIH en los distritos identificados* que los necesitan?

✓ Marque el grado de aplicación pertinente para cada actividad o indique N/C si no corresponde

Programas de prevención del VIH	La actividad está disponible en		
	<i>todos los distritos*</i> necesitados	<i>la mayoría de los distritos*</i> necesitados	<i>algunos distritos*</i> necesitados
Seguridad hematológica			
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria			
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH			
IEC sobre reducción del riesgo			
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación			
Promoción del preservativo			
Asesoramiento y pruebas del VIH			
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables			
Reducción del riesgo para los varones que tienen relaciones sexuales con varones			
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo			
Programas para otras subpoblaciones vulnerables			
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS			
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes			
Programas para jóvenes no escolarizados			
Prevención del VIH en el lugar de trabajo			
Otros [especificar]			

* Distritos o niveles geográficos/descentralizados equivalentes en zonas urbanas y rurales

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

IV. Tratamiento, atención y apoyo

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH/SIDA? (La atención integral incluye el tratamiento, asesoramiento y pruebas del VIH, la atención psicosocial y la atención domiciliaria, si bien no está limitada a estos aspectos.)

Sí	No
----	----

- 1.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se presta suficiente atención a los obstáculos que afrontan las mujeres, los niños y otras poblaciones expuestas?

Sí	No
----	----

2. ¿Ha identificado el país los distritos (o nivel geográfico/descentralizado equivalente) que necesitan servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Sí	No	N/C
----	----	-----

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en los distritos* identificados que los necesitan?

✓ Marque el grado de aplicación pertinente para cada actividad o indique N/C si no corresponde

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	El servicio está disponible en		
	<i>todos los distritos* necesitados</i>	<i>la mayoría de los distritos* necesitados</i>	<i>algunos los distritos* necesitados</i>
Terapia antirretrovírica			
Atención nutricional			
Tratamiento pediátrico del SIDA			
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual			
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias			
Atención domiciliaria			
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH			
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis			
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH			
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH			
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención			
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH			
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)			
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo			
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)			
Otros programas: <i>[especificar]</i>			

* *Distritos o niveles geográficos/descentralizados equivalentes en zonas urbanas y rurales*

3. ¿Dispone el país de una política para el desarrollo/uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH?

Sí	No
----	----

4. ¿Tiene el país mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales, como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución?

Sí	No
----	----

4.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos? [especificar]*

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para tratar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No	N/C
----	----	-----

5.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿hay en el país alguna definición operativa para huérfano y niño vulnerable?*

Sí	No
----	----

5.2 *Si la respuesta es afirmativa, ¿Tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?*

Sí	No
----	----

5.3 *Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes?*

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega? % [especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

V. Vigilancia y evaluación

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí	Años cubiertos: <i>[especificar]</i>	En preparación	No
----	--------------------------------------	----------------	----

1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación?

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

1.3. ¿Disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí, todos los asociados	Sí, la mayor parte de los asociados	Sí, pero sólo algunos asociados	No
-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----

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

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

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

Sí	Años cubiertos: <i>[especificar]</i>	En preparación	No
----	--------------------------------------	----------------	----

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se ha conseguido la financiación?

Sí	No
----	----

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

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Si la respuesta es negativa, ¿cuáles son los principales obstáculos para establecer una unidad o departamento funcional de vigilancia y evaluación?

4.1 **Si la respuesta es afirmativa**, la unidad o departamento de vigilancia y evaluación,

¿está ubicado en el CNS (o equivalente)?	Sí	No
¿en el ministerio de salud?	Sí	No
¿en otra parte? <i>[especificar]</i>		

4.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad o departamento de vigilancia y evaluación?

Número de empleados permanentes:		
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?

Etc.

Número de empleados temporales:	
---------------------------------	--

- 4.3 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad o departamento de evaluación a fin de que se revisen y examinen en los informes nacionales?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿funciona este mecanismo? ¿Cuáles son las principales dificultades?

- 4.4 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿en qué grado las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones comparten sus resultados de vigilancia y evaluación?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

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

No	Sí, pero no se reúne periódicamente	Sí, se reúne periódicamente
----	-------------------------------------	-----------------------------

Si la respuesta es afirmativa. Fecha de la última reunión: ***[especificar]***

5.1 ¿Tiene representación de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con elVIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa el papel de los representantes de la sociedad civil y de las personas que viven con elVIH en el grupo de trabajo

6. ¿Mantiene la unidad de vigilancia y evaluación una base de datos nacional central?

Sí	No	N/C
----	----	-----

6.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿de qué tipo? *[especificar]*

6.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de las actividades programáticas, así como sobre las organizaciones ejecutoras?

Sí	No
----	----

6.3 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?*

Nivel nacional	Sí	No
Nivel subnacional Si la respuesta es afirmativa , ¿a qué nivel(es)? <i>[especificar]</i>	Sí	No

(*Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles.)

6.4 ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre elVIH que incluya datos de vigilancia delVIH?

Sí	No
----	----

7. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación en la planificación y ejecución?

Bajo							Alto	
0	1	2	3	4	5			

Ejemplos de datos que se usan:

¿Cuáles son las principales dificultades para usar los datos?

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

¿A nivel nacional?	Sí	No
Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: <i>[especificar]</i>		
¿A nivel subnacional?	Sí	No
Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: <i>[especificar]</i>		
¿Se incluyó a la sociedad civil?	Sí	No
Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: <i>[especificar]</i>		

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del SIDA en 2007 y 2005?

2007	Insuficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Insuficientes										Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:

Parte B

[para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas]

I. Derechos humanos

1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH (por ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, empleo, etc.)?

Sí	No
----	----

1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, especifíquelas:

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a las subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

2.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿a qué subpoblaciones?

Mujeres	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
CDI	Sí	No
VSV	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Internos en prisiones	Sí	No
Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
Otras: <i>[especifique]</i>		

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Si la respuesta es afirmativa, describa los sistemas de compensación establecidos para asegurar que las leyes tengan el efecto deseado:

3. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables?

Sí	No
----	----

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿para qué subpoblaciones?

Mujeres	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
CDI	Sí	No
VSV	Sí	No
Profesionales del sexo	Sí	No
Internos en prisiones	Sí	No
Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
Otras: <i>[especifique]</i>		

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, reglamentos o políticas y de qué forma suponen un obstáculo:

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

Sí	No
----	----

5. ¿Existe algún mecanismo para registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH y/o por las poblaciones más expuestas?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el mecanismo

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las poblaciones más expuestas en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa algunos ejemplos

7. ¿Tiene establecida el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?

Prevención del VIH	Sí	No
Tratamiento antirretrovírico	Sí	No
Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas:

8. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo?
En concreto, que asegure el acceso de las mujeres fuera del contexto del embarazo y el parto.

Sí	No
----	----

9. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo?

Sí	No
----	----

- 9.1 ¿Hay diferentes enfoques para diferentes poblaciones expuestas?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente las diferencias:

10. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

Sí	No
----	----

11. ¿Tiene establecida el país una política que asegure que los protocolos de investigación del SIDA en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité de ética nacional o local?

Sí	No
----	----

11.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿participan en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y personas que viven con el VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa la eficacia de dicho comité de revisión

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia y que aseguren el respeto de los derechos humanos?

- Existencia de instituciones nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.

Sí	No
----	----

- Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo que vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda.

Sí	No
----	----

- Indicadores de desempeño y patrones de referencia para

a) el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

Sí	No
----	----

b) la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH

Sí	No
----	----

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, describa algunos ejemplos:

13. ¿Se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH/SIDA y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto de su trabajo?

Sí	No
----	----

14. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH y el SIDA

Sí	No
----	----

- Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

Sí	No
----	----

- Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

Sí	No
----	----

15. ¿Existen programas diseñados para cambiar las actitudes sociales de estigmatización vinculadas al VIH y el SIDA en actitudes de comprensión y aceptación?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de programas?

Medios de comunicación	Sí	No
Educación escolar	Sí	No
Intervenciones periódicas de personalidades	Sí	No
Otros: <i>[especificar]</i>		

En general, ¿cómo calificaría las <i>políticas, leyes y reglamentaciones</i> establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

En general, ¿cómo calificaría el esfuerzo por hacer cumplir las <i>políticas, leyes y reglamentaciones</i> existentes en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

II. Participación de la sociedad civil¹⁷

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

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

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

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

3. ¿En qué grado se incluyen los servicios prestados por la sociedad civil en los aspectos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

- a. Tanto en los planes estratégicos nacionales como en los informes nacionales

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

- b. En el presupuesto nacional

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

4. ¿Ha incluido el país a la sociedad civil en una revisión del plan estratégico nacional?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó la revisión? [especificar]

5. ¿En qué grado es amplia la representatividad del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

<p>Enumere los tipos de organizaciones que representan a la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH y el SIDA:</p>
--

¹⁷ La sociedad civil incluye, entre otros: redes de personas que viven con el VIH; organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios sobre el SIDA, de base comunitaria, de subpoblaciones vulnerables (incluidos los VSV, los profesionales del sexo, los CDI, las poblaciones migrantes/refugiadas/desplazadas); organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera aparte.

6. ¿En qué grado la sociedad civil puede acceder a

- a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

- b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

III. Prevención

1. ¿Ha identificado el país los distritos (o equivalentes geográficos/niveles descentralizados) que necesitan programas de prevención del VIH?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado se han ejecutado los siguientes programas de prevención del VIH en los distritos identificados que los necesitan?

- ✓ Marque el grado de ejecución pertinente de cada actividad o indique N/C si no corresponde

Programas de prevención del VIH	El servicio está disponible en		
	todos los distritos* necesitados	la mayoría de los distritos* necesitados	algunos los distritos* necesitados
Seguridad hematológica			
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria			
Prevención de la transmisión del VIH materno-infantil			
IEC sobre reducción del riesgo			
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación			
Promoción del uso del preservativo			
Asesoramiento y pruebas del VIH			
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables			
Reducción de riesgos para los varones que tienen relaciones sexuales con varones			
Reducción de riesgos para los profesionales del sexo			
Programas para las poblaciones más expuestas			
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las ITS			
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes			
Programas para jóvenes no escolarizados			
Prevención del VIH en el lugar de trabajo			
Otros [especificar]			

*Distritos o equivalente geográfico/nivel descentralizado en zonas urbanas y rurales

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos hechos en la <i>aplicación</i> de los programas de prevención del VIH en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

IV. Tratamiento, atención y apoyo

1. Ha identificado el país los distritos (o equivalentes geográficos/niveles descentralizados) que necesitan servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en los distritos* identificados?

- ✓ Marque el grado de ejecución pertinente de cada actividad o indique N/C si no corresponde

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	El servicio está disponible en		
	<i>todos los distritos* necesitados</i>	<i>la mayoría de los distritos* necesitados</i>	<i>algunos los distritos* necesitados</i>
Terapia antirretrovírica			
Atención nutricional			
Tratamiento pediátrico del SIDA			
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual			
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias			
Atención domiciliaria			
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH			
Asesoramiento y pruebas del VIH para pacientes con tuberculosis			
Detección sistemática de la tuberculosis en personas infectadas por el VIH			
Terapia preventiva de la tuberculosis para personas infectadas por el VIH			
Control de la infección de tuberculosis en establecimientos de atención y tratamiento del VIH			

*Distritos o equivalente geográfico/nivel descentralizado en zonas urbanas y rurales

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	El servicio está disponible en		
	<i>todos los distritos* necesitados</i>	<i>la mayoría de los distritos* necesitados</i>	<i>algunos los distritos* necesitados</i>
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH			
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)			
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo			
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)			
Otros programas: <i>[especificar]</i>			

**Distritos o equivalente geográfico/nivel descentralizado en zonas urbanas y rurales*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos hechos en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes										Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

2. ¿Qué porcentaje de los siguientes servicios/programas del VIH y el SIDA se estima que proporciona la sociedad civil?

Prevención para jóvenes	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Prevención para subpoblaciones vulnerables				
- CDI	<25%	25-50%	50-75%	>75%
- VSV	<25%	25-50%	50-75%	>75%
- Profesionales del sexo	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Atención domiciliaria	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Programas para HNV**	<25%	25-50%	50-75%	>75%

*IO Infecciones oportunistas;

**HNV Huérfanos y otros niños vulnerables

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables (HNV)?

Sí	No	N/C
----	----	-----

5.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿existe una definición operativa de HNV en el país?

Sí	No
----	----

5.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los HNV?

Sí	No
----	----

5.3 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación de los HNV a los que llegan las intervenciones existentes?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de HNV?

% [especificar]

Apéndice 8. Ejemplo de lista de comprobación para el Informe nacional sobre los progresos realizados

- Es necesario que se haya efectuado una evaluación completa para identificar las carencias de datos en función de la última ronda de preparación del informe del UNGASS
- Se ha establecido el proceso de redacción del informe, incluidos los calendarios e hitos, y las funciones de los CNS, los órganos gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados pertinentes.
- Se ha obtenido financiación para todos los aspectos del proceso de elaboración del informe.
- Se ha establecido el proceso de recopilación, investigación y análisis de datos, incluidos:
 - la identificación de los instrumentos y fuentes pertinentes para la recopilación de los datos relativos a cada indicador
 - el calendario de recopilación de datos acorde con otros esfuerzos de obtención de datos, incluidos aquellos que proceden de órganos de financiación tales como el Fondo Mundial, PEPFAR y los organismos de las Naciones Unidas
 - el calendario para la preparación de informes sobre los indicadores por establecimiento a fin de agruparlos a nivel nacional
 - la investigación de los datos y los talleres de triangulación con miras a lograr un consenso sobre el valor correcto de cada indicador
- Se han establecido los protocolos para el procesamiento y gestión de los datos, incluidos:
 - el cribado y validación de los datos básicos
 - una base de datos a efectos de análisis e información
- Se han analizado los datos pertinentes en coordinación con las organizaciones asociadas del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional
- Se ha redactado el borrador del informe
- Los datos de los indicadores se han introducido en el CRIS (preferiblemente) o en sistemas de gestión de datos equivalentes (sólo si el CRIS no está disponible)
- Se ha efectuado la comprobación de la coherencia de los datos incluidos en la parte descriptiva del informe y los datos introducidos en el CRIS/formularios electrónicos de datos
- Se ha concluido el borrador del informe
- Se ha llegado a un consenso con las partes interesadas, incluidos los órganos gubernamentales y la sociedad civil, sobre el informe final que se presentará
- Se ha enviado el informe y los formularios de datos requeridos al ONUSIDA en Ginebra (ungassindicators@unaids.org) antes del **31 de enero de 2008**
- Se ha establecido un punto focal en el país para las comunicaciones con la Secretaría del ONUSIDA en caso de que haya preguntas relacionadas con el informe y/o los datos presentados.

Apéndice 9. Bibliografía seleccionada

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

Rugg, D., Peersman, G. y M. Carael, eds. (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, No. 103. Hoboken, Jossey-Bass

ONUSIDA (2006). *Ampliación hacia el acceso universal. Criterios para que los países establezcan sus propias metas en cuanto a la prevención, el tratamiento y la atención del SIDA*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2006). *Establecimiento de metas nacionales orientadas a alcanzar el acceso universal para 2010: orientación operativa*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2005). *Directrices para la creación de indicadores básicos del UNGASS*. Ginebra, ONUSIDA.

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

ONUSIDA/MEASURE (2000) *Programas nacionales del SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación*. Ginebra, ONUSIDA. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide.html>

ONUSIDA/OMS (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA/OMS (2000). *Vigilancia del VIH de segunda generación*. Ginebra, ONUSIDA.

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

UNICEF (2007). *El estado mundial de la infancia*. Nueva York, UNICEF

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

USAID/PEPFAR/ONUSIDA/OMS/UNICEF (2006). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-income Countries in 2005*. <http://www.constellafutures.com/Publications>.

USAID/ONUSIDA/OMS/UNICEF/Policy Project (2004). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- And Middle-income Countries in 2003*. <http://www.constellafutures.com/Publications>.

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

OMS/ONUSIDA (2005). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An Update on 3x5*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

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

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

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

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



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

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

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org

www.unaids.org

Uniendo al mundo contra el SIDA