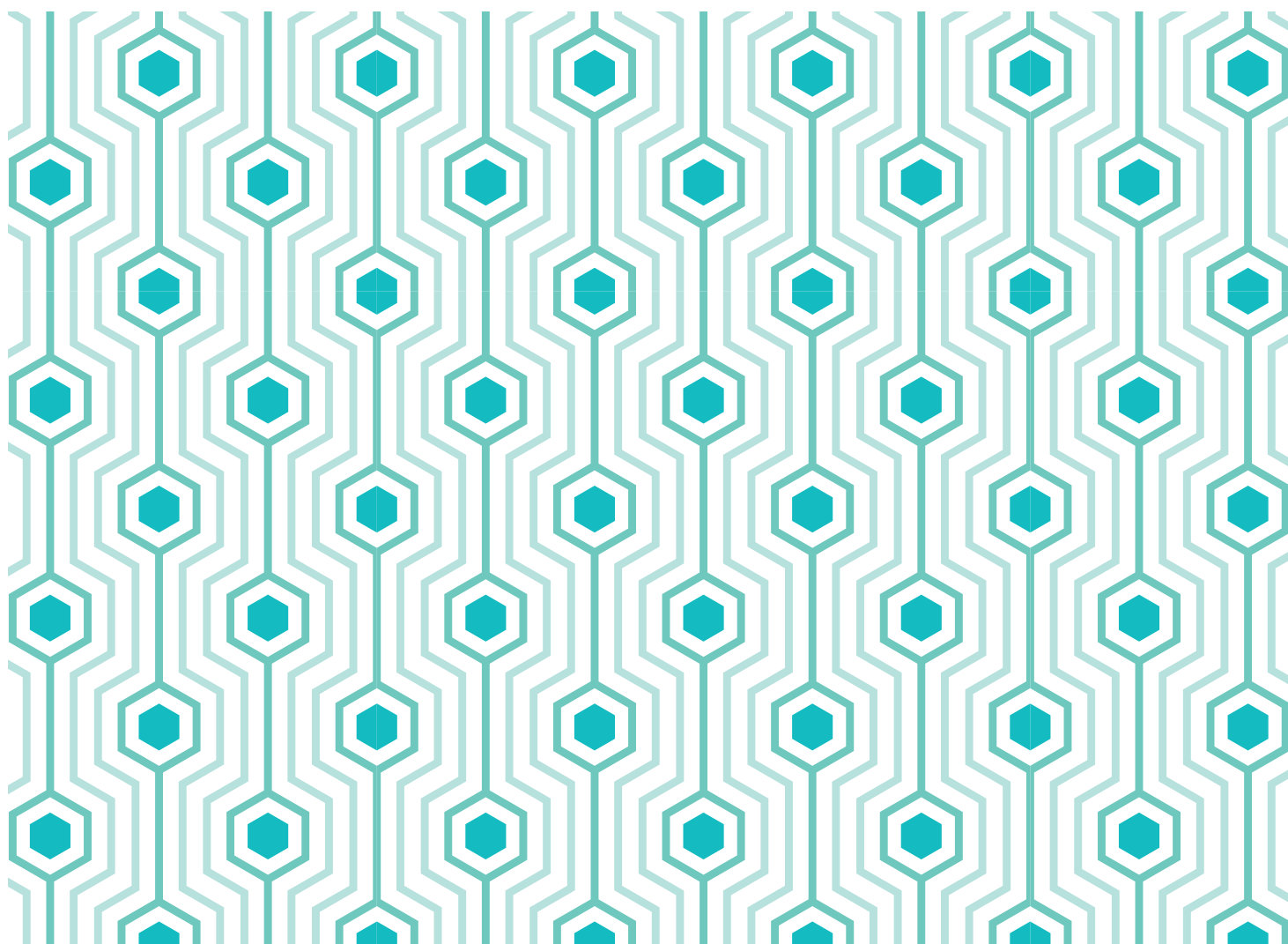


# Monitoreo Global del Sida 2017

Indicadores para el seguimiento de la Declaración  
Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el  
sida de 2016





# Contenido

Resumen de indicadores para el Monitoreo Global del Sida	<b>4</b>
Abreviaturas y acrónimos	<b>8</b>
Introducción	<b>9</b>
Implementación del monitoreo a nivel nacional	<b>16</b>
Resumen de cambios en el proceso de presentación de informes para 2017	<b>28</b>
El futuro del Monitoreo Global del Sida	<b>33</b>
Indicadores para el Monitoreo Global del Sida	<b>35</b>
<i>Compromiso 1: Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020</i>	
1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	<b>35</b>
1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	<b>37</b>
1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses	<b>39</b>
1.4 Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida	<b>41</b>
1.5 Diagnóstico tardío del VIH	<b>43</b>
1.6 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales	<b>44</b>
1.7 Mortalidad relacionada con el sida	<b>46</b>
<i>Compromiso 2: Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018</i>	
2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos	<b>47</b>
2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH	<b>49</b>
2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	<b>51</b>
2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	<b>54</b>
2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	<b>56</b>

Se ruega entregar los datos de los indicadores a través del sitio web de Vigilancia Mundial del Sida ([aidsreportingtool.unaids.org](http://aidsreportingtool.unaids.org)) antes del día 31 de marzo 2017.

Las estimaciones modeladas del VIH mediante el programa informático actualizado Spectrum se deben entregar antes del 10 de abril de 2017.

*Compromiso 3: Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)*

3.1 Incidencia del VIH	<b>57</b>
3.2 Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave (A-E)	<b>59</b>
3.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	<b>60</b>
3.4 Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre grupos de población clave (A-D)	<b>62</b>
3.5 Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	<b>64</b>
3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo	<b>66</b>
3.6B Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<b>68</b>
3.6C Uso del preservativo entre las personas que usa drogas inyectables	<b>70</b>
3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero	<b>72</b>
3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A-E)	<b>74</b>
3.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas intravenosas entre las personas que usan drogas inyectables	<b>76</b>
3.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables	<b>78</b>
3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	<b>80</b>
3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo	<b>81</b>
3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<b>82</b>
3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones	<b>83</b>
3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave	<b>84</b>
3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PPrE)	<b>85</b>
3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina	<b>87</b>
3.17 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	<b>88</b>
3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	<b>89</b>

*Compromiso 4: Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020*

4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	<b>90</b>
4.2 Evitación de los servicios para el VIH por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A-D)	<b>92</b>

4.3 Prevalencia de la violencia reciente por parte de una pareja íntima	<b>94</b>
<i>Compromiso 5: Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año</i>	
5.1 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH	<b>96</b>
5.2 Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos	<b>97</b>
<i>Compromiso 8: Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales</i>	
8.1 Gasto total relativo al VIH	<b>99</b>
<i>Compromiso 10: Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C</i>	
10.1 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis	<b>103</b>
10.2 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH con TB activa	<b>105</b>
10.3 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron terapia preventiva para TB	<b>106</b>
10.4 Hombres con secreción uretral	<b>107</b>
10.5 Gonorrea entre la población masculina	<b>108</b>
10.6 Pruebas de hepatitis B	<b>109</b>
10.7 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben terapia combinada	<b>110</b>
10.8 Pruebas de hepatitis C	<b>111</b>
10.9 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que inician tratamiento para el VHC	<b>112</b>
10.10 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH	<b>113</b>
Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales	<b>114</b>
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales: Parte A	<b>123</b>
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales: Parte B	<b>156</b>
Anexo 1. Bibliografía seleccionada	<b>165</b>
Anexo 2. La matriz de financiación nacional para el indicador 8: Gasto total relativo al VIH	<b>166</b>

# Resumen de indicadores para el Monitoreo Global del Sida

## Compromisos de Acción Acelerada y objetivos ampliados para poner fin al sida de aquí a 2020

\* Los objetivos ampliados se indican en rojo.

*Reducir la cifra de nuevas personas infectadas con el VIH a menos de 500.000 en todo el mundo de aquí a 2020*

➔ Incidencia del VIH (véase el compromiso 3)

*Reducir la cifra de personas que mueren por causas relacionadas con el sida a menos de 500.000 en todo el mundo de aquí a 2020*

➔ Mortalidad relacionada con el sida (véase el compromiso 1)

*Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH de aquí a 2020*

➔ Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH (véase el compromiso 4)

**COMPROMISO 1:** *Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020*

*Compromiso con el objetivo 90-90-90*

- ➔ 1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH
- ➔ 1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral
- ➔ 1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses
- ➔ 1.4 Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica
- ➔ 1.5 Diagnóstico tardío del VIH
- ➔ 1.6 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales
- ➔ 1.7 Mortalidad relacionada con el sida

*Abordar regulaciones, políticas y prácticas que impiden el acceso a medicamentos genéricos, servicios de diagnóstico y tecnologías sanitarias relacionadas seguras, eficaces y asequibles, lo que incluye garantizar el completo uso de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual*

*relacionados con el Comercio (ADPIC), y fortalecer las capacidades regionales y locales para desarrollar, fabricar y distribuir productos sanitarios asequibles con garantía de calidad*  
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

**COMPROMISO 2:** *Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018*

- ➔ 2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos
- ➔ 2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH
- ➔ 2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
- ➔ 2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas
- ➔ 2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

*Entre los indicadores adicionales relacionados con este objetivo pero recopilados en otros lugares (ya sea en áreas del compromiso distintas o mediante el proceso*

*de estimaciones sobre el VIH se encuentran:*

- ➔ Número de nuevas infecciones por el VIH entre niños (véase Incidencia del VIH)
- ➔ Tratamiento del VIH entre niños: terapia antirretroviral (véase Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral)

**COMPROMISO 3:** *Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)*

- ➔ 3.1 Incidencia del VIH

*Garantizar que el 90% de las personas en riesgo de infección por el VIH tengan acceso a amplios servicios de prevención del VIH, entre ellas los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que usan drogas inyectables y los presos*

- ➔ 3.2 Estimaciones sobre la dimensión de grupos de población clave
- ➔ 3.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave
  - 3.3A Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo
  - 3.3B Prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - 3.3C Prevalencia del VIH en personas que usan drogas inyectables
  - 3.3D Prevalencia del VIH entre las personas transgénero
  - 3.3E Prevalencia del VIH entre los presos
- ➔ 3.4 Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre grupos de población clave
  - 3.4A Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre profesionales del sexo
  - 3.4B Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - 3.4C Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre las personas que usan drogas inyectables

3.4D Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre las personas transgénero

- ➔ 3.5 Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave
  - 3.5A Cobertura de terapias antirretrovirales entre profesionales del sexo que viven con el VIH
  - 3.5B Cobertura de terapias antirretrovirales entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que viven con el VIH
  - 3.5C Cobertura de terapias antirretrovirales entre personas que usan drogas inyectables y que viven con el VIH
  - 3.5D Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas transgénero que viven con el VIH
  - 3.5E Cobertura de terapias antirretrovirales entre los presos que viven con el VIH
- ➔ 3.6 Uso del preservativo entre grupos de población clave
  - 3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo
  - 3.6B Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - 3.6C Uso del preservativo entre las personas que usan drogas inyectables
  - 3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero

- ➔ 3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave
  - 3.7A Cobertura de los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo
  - 3.7B Cobertura de los programas de prevención del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - 3.7C Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que usan drogas inyectables
  - 3.7D Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas transgénero

#### **Personas que usan drogas inyectables**

- ➔ 3.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas intravenosas entre las personas que usan drogas inyectables
- ➔ 3.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables
- ➔ 3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos

#### **Profesionales del sexo**

- ➔ 3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo

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

- ➔ 3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

## Población reclusa

- ➔ 3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones

## Hepatitis vírica

- ➔ 3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave

*Alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición para 2020*

- ➔ 3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición

*Alcanzar a 25 millones de hombres con actuaciones de circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta incidencia para el año 2020*

- ➔ 3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina
- ➔ 3.17 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

*Poner a disposición de la población 20.000 millones de preservativos anualmente de aquí a 2020 en países con ingresos bajos y medios*

- ➔ 3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

Número de preservativos distribuidos (Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales)

**COMPROMISO 4:** *Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020*

- ➔ 4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

- ➔ 4.2 Evitación de los servicios para el VIH por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación

4.2A Evitación de los servicios para el VIH por parte de los profesionales del sexo por causa del estigma y la discriminación

4.2B Evitación de los servicios para el VIH por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación

4.2C Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación

4.2D Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación

*Garantizar el acceso universal y económicamente asequible a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios para el VIH, para las mujeres*

- ➔ 4.3 Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de un compañero sentimental

Porcentaje de países que reportan datos desagregados por sexo (producto analítico en la herramienta de presentación de informes en línea)

*Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en el entorno sanitario para el año 2020*

*Indicadores que se incluirán en Vigilancia Mundial del Sida 2018*

*Revisar y reformar la legislación que pueda estar reforzando el estigma y la discriminación, también en relación con edad de consentimiento, no revelación del estado serológico respecto del VIH, exposición y transmisión, restricciones a los desplazamientos y pruebas obligatorias*

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

**COMPROMISO 5:** *Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año*

- ➔ 5.1 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH
- ➔ 5.2 Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos

*Entre los indicadores adicionales relacionados con este objetivo pero recopilados en otros lugares (ya sea en áreas del compromiso distintas o mediante el proceso de estimaciones sobre el VIH) se encuentran:*

- ➔ Mujeres de entre 15 y 24 años de edad que acaban de contraer el VIH (véase Incidencia del VIH)
- ➔ Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo entre mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad (véase Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo)



**COMPROMISO 6:** Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020

Indicadores que se incluirán en Vigilancia Mundial del Sida 2018

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

**COMPROMISO 7:** Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020

Indicadores que se incluirán en Vigilancia Mundial del Sida 2018

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

**COMPROMISO 8:** Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales

➔ 8.1 Gasto total relativo al VIH

**Gasto nacional e internacional relativo al VIH según categorías y recursos de financiación**

- 8.1A Gasto de asesoramiento y pruebas del VIH
- 8.1B Gasto en terapias antirretrovirales
- 8.1C Gasto en vigilancia de laboratorio específica para el VIH

- 8.1D Gasto en TB y VIH
- 8.1E Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada
- 8.1F Gasto en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
- 8.1G Gasto en facilitadores sociales
- 8.1H Gasto en transferencias de efectivo para mujeres jóvenes y niñas

**COMPROMISO 9:** Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

**COMPROMISO 10:** Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

*Reducir en un 75% el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para 2020*

- ➔ 10.1 Gestión compartida del tratamiento para la TB y el VIH
- ➔ 10.2 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH teniendo un cuadro de TB activa

- ➔ 10.3 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH hallándose en terapia preventiva para TB

**Entre los indicadores adicionales relacionados con este objetivo pero recopilados en otros lugares (ya sea en áreas del compromiso distintas o mediante el proceso de estimaciones sobre el VIH) se encuentran:**

Muertes por TB entre personas que viven con el VIH

**Infecciones de transmisión sexual**

- ➔ 10.4 Hombres con cuadros de secreción uretral
- ➔ 10.5 Gonorrea entre la población masculina

**Hepatitis B y C**

- ➔ 10.6 Pruebas de hepatitis B
- ➔ 10.7 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben terapia combinada
- ➔ 10.8 Pruebas de hepatitis C
- ➔ 10.9 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que inician tratamiento para el VHC

**Cáncer de cuello de útero**

- ➔ 10.10 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

**Indicadores adicionales relacionados con este objetivo pero recopilados en otros lugares por la OMS:**

Vacunación contra el cáncer de cuello de útero

# Abreviaturas y acrónimos

<b>3TC</b>	lamivudina
<b>AZT</b>	zidovudina
<b>EFV</b>	efavirenz
<b>FTC</b>	emtricitabina
<b>INNTI</b>	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
<b>INTI</b>	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
<b>LPV/r</b>	lopinavir reforzado con ritonavir
<b>NVP</b>	nevirapina
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PPrE</b>	profilaxis previa a la exposición
<b>RPR</b>	reaginina plasmática rápida
<b>Sida</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TB</b>	tuberculosis
<b>TDF</b>	tenofovir disoproxil fumarato
<b>TPHA</b>	prueba de hemaglutinación del <i>Treponema pallidum</i>
<b>TPPA</b>	prueba de aglutinación de partículas para <i>Treponema pallidum</i>
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>UNODC</b>	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory
<b>VHB</b>	virus de la hepatitis B
<b>VHC</b>	virus de la hepatitis C
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana
<b>VPH</b>	virus del papiloma humano

# Introducción

## **Finalidad y antecedentes**

La finalidad de este documento es ofrecer directrices a los programas nacionales que abordan el sida y a los socios sobre el uso de indicadores con los que medir e informar de la respuesta frente al sida del país.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030,<sup>1</sup> aprobada por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida en junio de 2016, encomendaba al ONUSIDA apoyar a los países a la hora de que estos informen sobre los compromisos de la Declaración Política. Esta Declaración Política se basaba en tres declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida de 2001, la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006 y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.

Los Estados Miembros aprobaron de forma unánime la Declaración de 2001 en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida celebrada en el año 2001. La Declaración de 2001 vino a reflejar el consenso mundial sobre un marco de trabajo amplio con el que hacer realidad el Objetivo de Desarrollo del Milenio núm. 6: detener y empezar a revertir la epidemia del VIH para el año 2015. Así, reconocía la necesidad de acciones multisectoriales en diversos frentes y abordó las respuestas mundial, regional y nacional para evitar nuevas infecciones por el VIH, para ampliar el acceso a la atención sanitaria y para mitigar el impacto de la epidemia. La Declaración

<sup>1</sup> Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (Resolución de la Asamblea General 70/266; <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

Política de 2006 reconoció la urgente necesidad de conseguir un acceso universal a tratamiento, prevención, atención y apoyo para el VIH. La Declaración Política de 2011 estableció 10 objetivos relativos a intensificar los esfuerzos para erradicar el VIH y el sida. La Declaración Política más reciente se centra en los siguientes 15 años, con un renovado enfoque en integrar la respuesta mundial al VIH en la agenda más amplia del desarrollo.

Si bien los gobiernos han hecho suyas esas declaraciones, la visión que nos ocupa se extiende mucho más allá del sector público, para incluir al sector privado, asociaciones sindicales o laborales, organizaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones de la sociedad civil, entre ellas las que representan a las personas que viven con el VIH.

Según se incluía en las Declaraciones Políticas de 2011 y 2016, una respuesta exitosa ante el sida debe cuantificarse mediante la consecución de objetivos concretos delimitados temporalmente. Exigen una atenta supervisión de los progresos conseguidos en la implementación de los compromisos e instan al Secretario General de las Naciones Unidas a que emita informes anuales sobre esos avances. Estos informes están concebidos para identificar retos y limitaciones y para recomendar actuaciones que sirvan para acelerar la consecución de las metas.

La Vigilancia Mundial del Sida de 2017 se corresponde con el primer año tras la transición desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y es también el primer año para la presentación de informes para el marco de trabajo de vigilancia del VIH para el periodo 2016-2021. Las directrices de este año reflejan una revisión del conjunto de indicadores utilizado para la presentación mundial de informes en los años anteriores e integra

indicadores que supervisan la cascada de tratamiento. La OMS, el ONUSIDA y sus socios han colaborado para compilar las directrices de información estratégica consolidadas sobre el sida para el sector sanitario,<sup>2</sup> que han contribuido a las directrices sobre Vigilancia Mundial del Sida.

En las anteriores rondas de presentación de informes se ha animado a los países a integrar indicadores en sus esfuerzos continuados de vigilancia. Esos indicadores están diseñados para ayudar a los países a valorar el estado y la situación de sus respuestas y avances nacionales para la consecución de los objetivos nacionales en materia de VIH. Contribuirán a optimizar la comprensión de la respuesta mundial a la epidemia del VIH, lo que incluye avances en la consecución de los objetivos mundiales que se establecieron en la Declaración Política de 2016 y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.<sup>3</sup>

Estas directrices están concebidas para mejorar la calidad y coherencia de los datos recopilados en el plano nacional, potenciando la precisión de las conclusiones extraídas en los planos nacional, regional y mundial.

### **Justificación para el nuevo marco de vigilancia**

Se han aplicado los siguientes principios para la transición desde el marco de Informe mundial de avances en la lucha contra el sida al marco de Vigilancia Mundial del Sida.

- **Carga reducida en los procesos de vigilancia.** El conjunto de indicadores es ahora más

<sup>2</sup> Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>3</sup> Compromisos de Acción Acelerada para poner fin al sida al 2030 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/fast-track-commitments\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf)).

---

## Cómo utilizar estas directrices

---

Estas directrices han sido desarrolladas para ayudar a los países a recopilar datos e informar de su respuesta nacional al VIH de la forma más eficiente posible. La sección sobre indicadores sobre Vigilancia Mundial del Sida dedica diversas páginas a cada indicador, dando razones para su inclusión y métodos de recopilación, interpretación y medición de cada indicador. También se abordan los puntos fuertes y débiles de cada uno de ellos.

---

reducido (68 indicadores, frente a los 77 que había anteriormente) e incluye un número menor de cuestionarios independientes (subindicadores y fuentes de datos); integra indicadores para la vigilancia y presentación de informes sobre la respuesta del sector sanitario frente al VIH (anteriormente denominados indicadores de Acceso Universal) y también está en consonancia con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo que hace que la recopilación de datos sea un proceso menos gravoso para los diferentes países. Las descripciones de los indicadores que contiene esta guía sustituyen a las descripciones previas de indicadores contenidas en anteriores directrices, incluida la lista mundial de referencia de 100 indicadores sanitarios básicos<sup>4</sup> y las directrices de información estratégica consolidadas sobre el VIH para el sector sanitario (OMS, 2015).<sup>5</sup> Para cumplir plenamente con los requisitos sobre presentación de informes correspondientes a los 10 compromisos de Acción Acelerada, los indicadores se desagregan

según edad, sexo, localización geográfica y grupos de población clave, según proceda.

- **Utilidad programática optimizada para los países.** Por su desagregación, fuentes y granularidad geográficas, lo que incluye el nivel de ciudades, los indicadores pueden sintetizar la diversidad de la situación de un determinado país y detectar dónde pueden tener los programas su mayor impacto. El seguimiento de los programas también se incluye como opción para determinados indicadores seleccionados.
- **Conocer la epidemia y reasignar recursos.** Las estimaciones epidemiológicas han mejorado de forma significativa en los últimos años, y se utilizan cada vez más a nivel subnacional juntamente con datos programáticos para evaluar la cobertura de servicios. Esto permite inversiones eficientes.
- **Coherencia entre los indicadores.** El conjunto de indicadores se define también con la idea de que estos no son independientes sino que se complementan entre sí, ofreciendo una visión más completa de la respuesta al sida en el contexto de un determinado país.

<sup>4</sup> Lista de referencia mundial de 100 indicadores sanitarios básicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>5</sup> Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

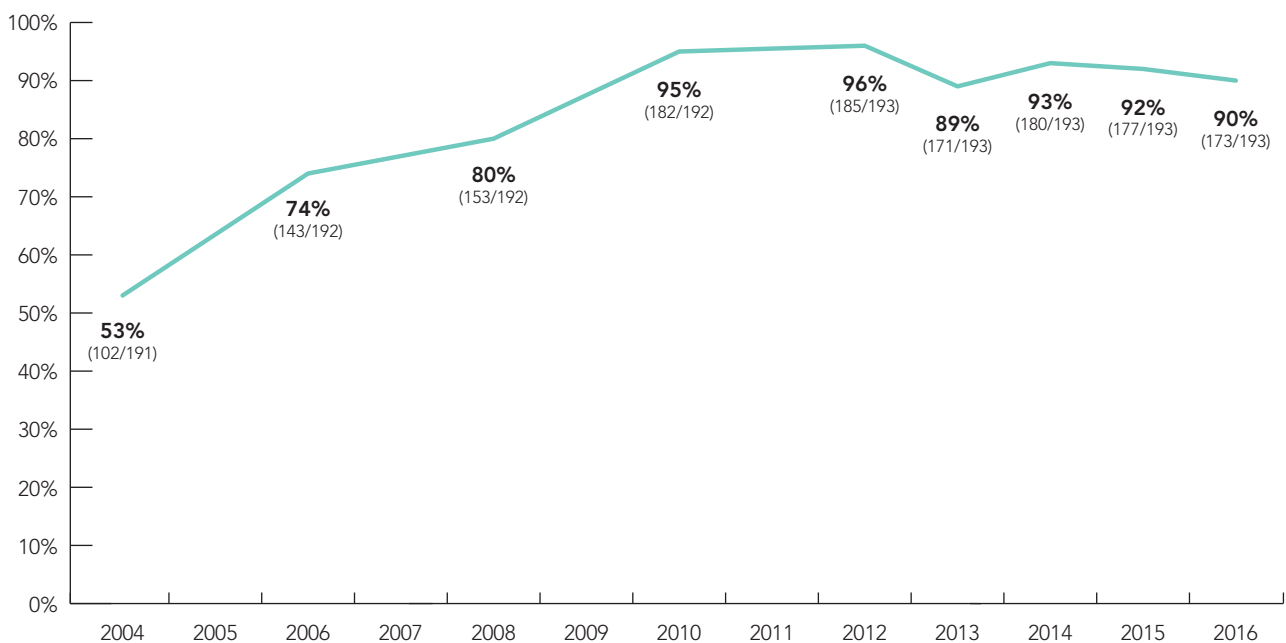
- Innovación y visión de futuro.** Para garantizar su flexibilidad durante los años venideros, se ofrece la opción de presentar informes utilizando fuentes alternativas de datos (diferentes tipos de encuestas y datos de programas). La recopilación de datos impulsada por las comunidades, en múltiples formas, como es a través de redes sociales y aplicaciones para citas, puede ser complementaria para los datos de los indicadores y ofrecer otras perspectivas sobre las diferentes situaciones.

### Historial de la presentación de informes

El ONUSIDA ha venido recopilando informes nacionales sobre avances en respuesta al sida de los Estados Miembros para hacer un seguimiento de las diversas declaraciones políticas, cada dos años desde 2004 y cada año desde 2012. Los índices de respuesta se incrementaron inicialmente, pasando de 102 Estados Miembros (53%) en 2004 a 185 (96%) en 2012. Desde 2012 ese índice de respuesta ha decrecido para llegar a los 173 Estados Miembros (90%) que presentaron sus informes en 2016 (la figura 1 muestra la tendencia en los índices de respuesta y la figura 2,

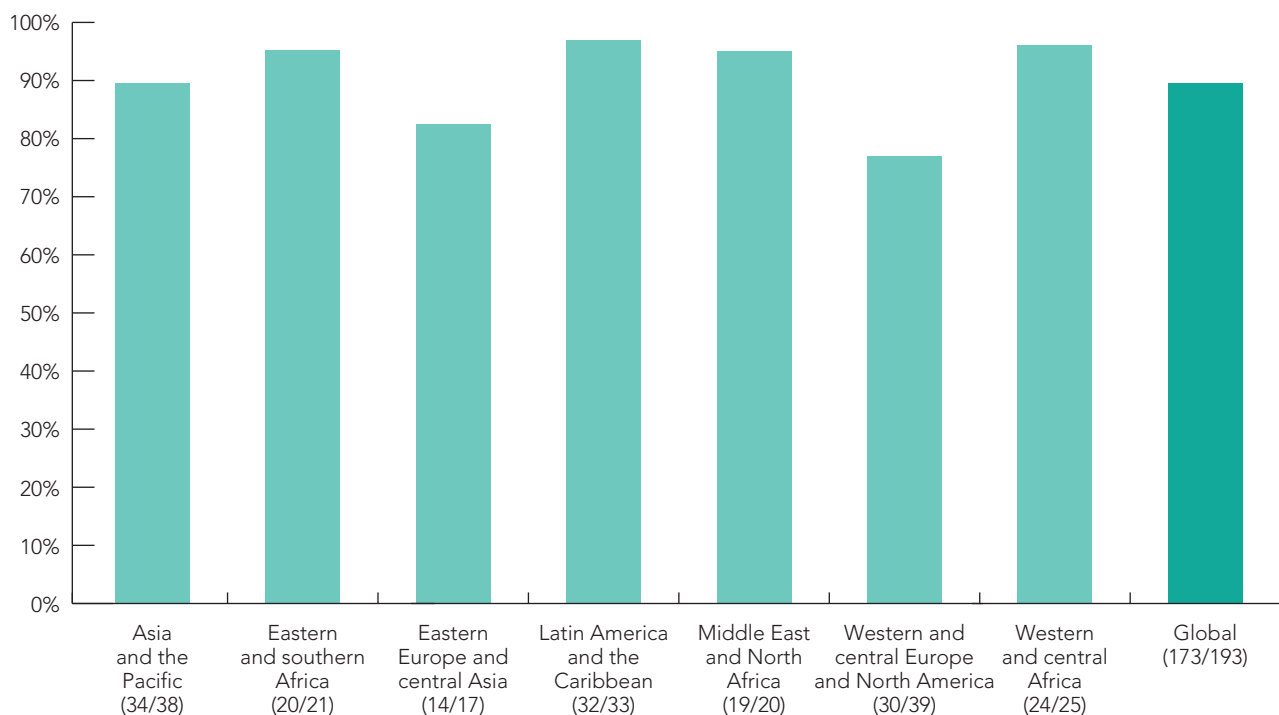
**Figura 1.**

Tendencia en los índices de respuesta, 2004-2016



**Figura 2.**

Proporción de países que presentaron sus informes en el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2016



los índices de respuesta regionales y mundiales correspondientes al año 2016).

La información contenida en los informes nacionales sobre avances ofrece los datos más amplios sobre la situación de la epidemia y de la respuesta a ella. Los datos resultantes de las anteriores rondas de presentación de informes están disponibles en línea en <http://aidsinfo.unaids.org>. La base de datos

completa está disponible en [www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org) y puede utilizarse para generar gráficos, mapas y tablas. Los informes nacionales narrativos no editados correspondientes a la ronda de presentación de informes de 2016 están disponibles en:

<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/nowyourresponse/countryprogressreports/2016countries>

Debe tenerse presente que están disponibles correcciones y actualizaciones en datos sobre indicadores tras su validación en AIDSInfo, y esas correcciones y actualizaciones pueden no estar reflejadas en los informes narrativos.

Los informes sobre el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de 2014 (últimos datos del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales) están disponibles en:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries>

### **Formato de los informes**

La presentación de informes de 2017 requiere la presentación de los indicadores y del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales. A la hora de confeccionar los informes sobre Vigilancia Mundial del Sida, se alienta a los países a enviar también un informe narrativo. A partir de este año, la herramienta en línea incorpora la plantilla de un informe narrativo que consiste en breves resúmenes narrativos de cada compromiso de Acción Acelerada. Alternativamente, en los casos en que esté disponible, los países pueden presentar un informe nacional de país reciente.

Los datos sobre indicadores se consideran una parte integral de cada presentación de informes sobre avances nacionales. Por ello, deberán considerarse tanto la parte narrativa de cada informe nacional sobre avances en la respuesta al sida como los datos sobre indicadores en el proceso de consultas y de preparación de informes, según se perfila en la sección relativa a la presentación de informes sobre avances en la implementación en el plano nacional.

Los datos sobre indicadores de la Vigilancia Mundial del Sida deberán enviarse a través del sitio

web establecido para la presentación de informes (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) para favorecer la exhaustividad y calidad de los datos y para facilitar su procesamiento y análisis en los planos nacional, regional y mundial.

**La fecha límite para la presentación de informes a través de este sitio web es el día 31 de marzo de 2017.**

Los indicadores sobre Vigilancia Mundial del Sida son importantes por dos razones. En primer lugar, pueden ayudar a los países concretos a evaluar la eficacia de su respuesta nacional; en segundo lugar, cuando se analizan conjuntamente los datos de múltiples países, los indicadores puede ofrecer información de importancia fundamental sobre la eficacia de la respuesta en un plano o nivel superior y sentar las bases para los análisis regional y mundial de esos avances. Asimismo, los indicadores ofrecen a los países perspectivas sobre otras respuestas a nivel nacional.

Los cambios que se aplican en esta ronda de presentación de informes en relación con la ronda del año 2016 se sintetizan en las páginas 28 a 31.

Los diferentes países deberán considerar de qué forma cada indicador resulta aplicable a la situación de la epidemia en su caso. En el sitio web de presentación de informes, para cada indicador se pide a los países que hagan constar si un determinado indicador se considera relevante y, en caso afirmativo, si se dispone de nuevos datos sobre él. Cuando los países opten por no informar sobre un determinado indicador, deberán argumentar por qué no lo hacen, ya que ello permitirá diferenciar la ausencia de datos de la no pertinencia de determinados indicadores para la situación de la epidemia en un país concreto.



La mayor parte de los indicadores nacionales son aplicables a todos los países. Los indicadores sobre comportamientos para grupos de población clave en situación de alto riesgo son relevantes para todos los países independientemente del nivel nacional de prevalencia del VIH. Por ejemplo, un determinado país con una mayor prevalencia de la epidemia puede tener también una subepidemia concentrada entre personas que usan drogas inyectables. En consecuencia será también de interés calcular e informar sobre indicadores que sean relativos a grupos de población clave en situación de mayor riesgo.

De modo similar, a los países con una baja prevalencia del VIH se les alienta a recopilar datos sobre conductas sexuales entre la población joven como forma de hacer un seguimiento de tendencias en conductas que puedan influir en la respuesta nacional en el futuro. Sin embargo, hay unos indicadores que solo son aplicables a determinados contextos de la epidemia del sida.

El ONUSIDA recomienda encarecidamente que los países utilicen estos indicadores dentro de sus sistemas nacionales de seguimiento y evaluación. Si un determinado país está utilizando un indicador alternativo para supervisar de forma eficaz la cuestión o materia de que se trate, pueden utilizarse los espacios para comentarios y observaciones de la herramienta en línea para la presentación de informes a fin de describir ese indicador (incluida una definición completa y el método de medición), juntamente con cualesquiera datos que estén disponibles sobre él.

Estas directrices definen íntegramente todos los indicadores que se utilizan para la Vigilancia Mundial del Sida.

### **Indicadores nacionales para países de ingresos altos**

Al aprobar la Declaración Política sobre el VIH y el sida de 2016, los países de ingresos altos se comprometieron a informar sobre los avances conseguidos en sus respuestas nacionales frente al VIH. Los países de ingresos altos utilizan sistemas de información relativamente complejos y una amplia variedad de fuentes de datos, lo que puede dificultar el cálculo de un único indicador nacional. Sin embargo, esto no elimina la necesidad de que los datos de los países de ingresos altos supervisen los avances mundiales hacia la consecución de los objetivos de la Declaración Política sobre el VIH y el sida. Los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE) han utilizado innovadoras formas para vincular los sistemas de vigilancia mundial del VIH más estrechamente con arreglo a las circunstancias regionales.

El ONUSIDA alienta a los países de ingresos altos a ponerse en contacto con la División de información estratégica y supervisión del ONUSIDA ([AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)) si precisan de soporte técnico adicional para informar de sus programas nacionales.

# Implementación del monitoreo a nivel nacional

## **Construcción de indicadores nacionales**

Este manual ofrece la información necesaria para construir cada uno de los indicadores, lo que incluye lo siguiente:

- Un resumen de lo que mide el indicador.
- La justificación del indicador.
- Un numerador, un denominador y un cálculo.
- Desagregación del numerador.
- Herramientas de medición recomendadas.
- Frecuencia de la medición.
- Puntos fuertes y débiles del indicador (lo que incluye un resumen de cómo interpretar cada indicador).

## **Herramientas de medición y fuentes de datos**

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

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

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

Otra fuente para obtener los denominadores utilizados en el proceso de presentación de informes sobre Vigilancia Mundial del Sida es el paquete informático Spectrum<sup>6</sup> que permite a los países elaborar estimaciones a nivel de población de las personas que necesitan terapia antirretroviral, las mujeres que necesitan medicamentos antirretrovirales y los niños expuestos al VIH que necesitan realizarse pruebas virológicas.

En 2017 los archivos Spectrum se completarán y los datos sobre la Vigilancia Mundial del Sida se presentarán simultáneamente, como ya se hizo en 2015, a fin de que los resultados coincidan. La fecha

límite para presentar los archivos finales de Spectrum será el 10 de abril de 2017, lo que permitirá contar con el tiempo necesario para comparar los valores de los indicadores enviados y de Spectrum. Los equipos de los países recibirán información sobre el proceso de estimaciones de 2017 en el mes de enero de 2017. En 2017 los países también tendrán la opción de especificar en la herramienta en línea de Vigilancia Mundial del Sida si los datos para determinados indicadores se pueden extraer directamente del archivo final de Spectrum, en cuyo caso no será necesario que los introduzcan en la herramienta de Vigilancia Mundial del Sida.

Un equipo de expertos nacionales con formación sobre el uso del software se encarga de crear los archivos Spectrum. Es fundamental que el equipo que cumplimente la herramienta de Vigilancia Mundial del Sida utilice las estimaciones más recientes desarrolladas por el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.

---

#### Límites de incertidumbre en torno a las estimaciones del ONUSIDA<sup>7</sup>

---

El programa Spectrum calcula límites de incertidumbre en torno a la estimación que define el rango en el que se encuentra el valor verdadero (si se ha podido medir). Los límites reducidos indican que una estimación es precisa, y, los límites amplios, una mayor incertidumbre respecto de la estimación. En los países en los que se utilizan datos de vigilancia del VIH, la cantidad y las fuentes de los datos disponibles determinan en parte la precisión de las estimaciones; los países con más datos de vigilancia del VIH tienen rangos menores que los países con menos datos de vigilancia o muestras más pequeñas. En general, los países en los que se ha llevado a cabo una encuesta poblacional a escala nacional tienen rangos más pequeños en torno a las estimaciones que los países en los que no se realizaron encuestas. En los países que utilizan datos de notificación de casos de VIH y de mortalidad relacionada con el sida, el número de años de información y la magnitud de los casos notificados o los casos de muertes relacionadas con el sida observadas contribuirán a determinar la precisión de la estimación.

El número de supuestos necesarios para llegar a la estimación también contribuye al límite de los rangos en torno de las estimaciones: en resumen, cuanto mayores sean los supuestos, más amplio será el rango de incertidumbre, dado que cada supuesto introduce una incertidumbre adicional. Por ejemplo, los rangos en torno a las estimaciones de prevalencia del VIH en adultos son menores que los de incidencia del VIH entre niños, ya que estos últimos se basan en la prevalencia entre mujeres embarazadas y la probabilidad de transmisión maternoinfantil del VIH.

El ONUSIDA confía en que los números reales de personas que viven con el VIH, el de personas que contrajeron la infección del VIH recientemente o que murieron por causas relacionadas con el sida se encuentran en los rangos informados. Con el paso del tiempo, el mayor número y la mejor calidad de los datos que proporcionan los países reducirá la incertidumbre.

---

<sup>6</sup> Spectrum/EPP [sitio web]. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumepp>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>7</sup> Diferencias en materia de prevención. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

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

En muchos países, la mayor parte de los datos que se requieren para obtener indicadores a nivel nacional pueden no estar disponibles a través de las fuentes existentes. Esto posiblemente obligue a adaptar las herramientas de vigilancia actuales o añadir encuestas específicas. Los países que realizan con regularidad encuestas representativas de la población nacional general, como las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores del sida, obtendrán información importante, incluidos datos sobre el comportamiento de los jóvenes. En los países en que se realizan encuestas demográficas de otro tipo, incluidas las que tienen objetivos no relacionados con el VIH, se pueden adaptar para que suministren información sobre ciertos indicadores básicos.

### **Numeradores y denominadores**

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

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

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

### **Desagregación de los datos, especialmente según sexo y edad**

Una de las lecciones fundamentales aprendidas de previas rondas de presentación de informes fue la de la importancia de obtener datos desagregados: por ejemplo, desglosados según sexo y edad. Es crucial que los países reúnan los datos de sus componentes y no simplemente en forma resumida. Sin el desglose de los datos es difícil hacer el seguimiento de la amplitud y profundidad de la respuesta a la epidemia, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. Igualmente difícil es vigilar el acceso a las actividades, la equidad de dicho acceso, la conveniencia de

concentrarse en poblaciones específicas y el cambio significativo en el transcurso del tiempo.

Se insta encarecidamente a los países a que hagan de la recopilación de datos desagregados (sobre todo por sexo y edad) una de las piedras angulares de sus esfuerzos de seguimiento y evaluación. Si es posible, también han de realizarse análisis de la equidad.<sup>8</sup> Las dinámicas de género pueden resultar evidentes a partir de datos epidemiológicos desagregados por sexo y edad, así como mediante indicadores conductuales. Los ministerios clave deben revisar sus sistemas de información, las encuestas y otros instrumentos de recopilación, para garantizar que se obtengan los datos desagregados a escala subnacional, también a nivel de instalaciones y proyectos. Deberá hacerse un especial esfuerzo para el seguimiento de los datos desagregados hasta el nivel nacional. Además, las organizaciones civiles o del sector privado que participen en la respuesta nacional al sida deben entender la importancia de desagregar los datos y el lugar prioritario que corresponde a su recopilación y difusión durante las operaciones en curso.

La herramienta en línea para la presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) identifica claramente el desglose de los datos necesarios para notificar con precisión el numerador y el denominador de cada indicador (véase en la subsección precedente, titulada "Numeradores y denominadores", la información adicional sobre estos factores). En general, cuando corresponda, todos los datos deberán desagregarse por sexo y edad. Si se producen dificultades en la recopilación de datos desagregados, pueden introducirse datos parciales.

<sup>8</sup> OMS, ONUSIDA. A practical tool for strengthening the gender sensitivity of national sexual and reproductive health and HIV monitoring and evaluation systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; de próxima publicación.

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

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

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

### Datos subnacionales

Muchos países están mejorando el uso de datos a nivel subnacional para ayudar a todas las partes interesadas a comprender mejor la distribución geográfica de la epidemia y la respuesta en cada comunidad. El Informe del Día Mundial del Sida del ONUSIDA publicado en 2015<sup>9</sup> da ejemplos concretos de cómo los países se dirigen a poblaciones y ubicaciones específicas para acelerar su respuesta al VIH.

<sup>9</sup> On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on locations and populations. Ginebra: ONUSIDA; 2015 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

Desde mediados de 2014, la herramienta de presentación de informes en línea ha permitido a sus usuarios notificar datos subnacionales sobre el número de mujeres embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para la PTMI (indicador 2.3), el número de personas que siguen el tratamiento antirretroviral (indicador 1.2) y otros datos relacionados con las poblaciones clave (véase el párrafo siguiente para más información).

La versión actual de la herramienta también permite a los usuarios presentar datos de ciudades prioritarias a fin de evaluar los avances de su respuesta al sida, prestando especial atención a las más afectadas y a aquellas identificadas como ciudades de acción acelerada que se han comprometido a acabar con el sida para 2030.

### **Datos de encuestas recientes y representativos**

Se pide a los países que informen únicamente sobre los nuevos datos de que dispongan. Si los últimos datos disponibles ya han sido incluidos en alguna ronda anterior de presentación de informes, esos datos no deberán ser incluidos de nuevo.

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

Al calcular los indicadores tomando como base las encuestas de poblaciones clave, garantizar que las muestras son representativas del grupo general supone una gran dificultad desde el punto de vista técnico.

Se están elaborando métodos para intentar conseguir un muestreo representativo de dichas poblaciones (p. ej., un muestreo dirigido por los propios encuestados). Mientras se perfeccionan estos métodos, se sabe que los países tal vez no puedan confiar en la representatividad de las muestras usadas para las

encuestas de los grupos de población clave con mayor riesgo de exposición al VIH. Por lo tanto, se recomienda a los países que presenten los datos para estos indicadores usando la encuesta de los grupos de población clave más reciente que haya sido revisada y avalada por expertos técnicos del país, tales como grupos de trabajo técnico de seguimiento y evaluación o consejos nacionales de investigación. Se alienta a los países a presentar todas las encuestas de calidad recientes de grupos de población clave, según centro, con el numerador, el denominador y el tamaño de la muestra en la herramienta en línea de presentación de informes sobre la Vigilancia Mundial del Sida.

Uno de los desafíos a la hora de desarrollar estimaciones de la carga de la enfermedad y planificar las necesidades de los programas es comprender el tamaño de las poblaciones clave. Se pide a los países que presenten las estimaciones del tamaño de poblaciones clave y que indiquen los métodos y estimaciones específicas a nivel de ciudad o provincia calculadas empíricamente. En la página 74 se ofrece más información. Algunos países que disponen de estimaciones empíricas del tamaño nacional de las poblaciones clave también pueden aportar datos agrupados del programa de prevención. Si un país tiene la capacidad de informar sobre un indicador con datos del programa nacional el presente año, puede hacerlo en el apartado de comentarios.

Los países que necesiten información adicional sobre la implementación deberán solicitar asistencia técnica a los asesores de información estratégica del ONUSIDA, a las oficinas del UNICEF o la OMS y a los grupos de trabajo de seguimiento y evaluación sobre el VIH. También se puede obtener asistencia técnica por parte de los asesores regionales de información estratégica del ONUSIDA, basados en el Equipo de Apoyo

Regional, y del equipo de la División de información estratégica y supervisión del ONUSIDA, cuyo correo electrónico es: [AIDSreporting@unaid.org](mailto:AIDSreporting@unaid.org).

### **Interpretación y análisis**

Este manual aborda cada indicador más adelante, también sus puntos fuertes y débiles. Los países deben revisar cuidadosamente esta sección antes de comenzar a recopilar y analizar la información ya que explica cómo interpretar cada indicador y cualquier cuestión que pueda surgir al respecto. Asimismo, antes de concluir el proceso de notificación y la elaboración del informe narrativo deben reconsiderarse los aspectos que se plantean en la sección, a fin de confirmar la idoneidad de los resultados para cada indicador.

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

Una vez que los países hayan compilado los datos, se les recomienda encarecidamente seguir analizando los resultados para comprender mejor la respuesta nacional e identificar oportunidades para mejorar dicha respuesta. Los países deben observar detalladamente los vínculos entre las políticas, la ejecución de los programas del VIH, el cambio verificable en el comportamiento y los cambios en la epidemia. Por ejemplo, si un país cuenta con una política de reducción de la transmisión materno-infantil del VIH, ¿tiene también programas

sobre el terreno que pongan a disposición de las mujeres embarazadas los métodos para prevenir esa transmisión? Si estos programas están en funcionamiento, ¿los utiliza un número de mujeres suficiente como para repercutir en el número de recién nacidos que nacen con el VIH en ese país?

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

### **El papel de la sociedad civil**

La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta a la epidemia de sida en los países de todo el mundo. El amplio alcance de la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil las convierte en socios ideales en el proceso de preparación de los informes nacionales sobre los progresos realizados. Particularmente, las organizaciones de la sociedad civil están en una buena posición para proporcionar información cuantitativa y cualitativa que complementa los datos recopilados por los gobiernos. Los comités, consejos o comisiones nacionales del sida o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, redes de personas que viven con el VIH, organizaciones confesionales, mujeres, jóvenes, sindicatos y

organizaciones comunitarias, para sus informes sobre los indicadores a nivel nacional que fundamentan la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. No está de más insistir en la importancia de lograr la participación del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH. La sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad en el seguimiento y la evaluación de la respuesta de un país al sida. Se alienta a los representantes de la sociedad civil y demás socios no gubernamentales a que presenten datos sobre legislación y políticas de actuación nacionales relativas a la respuesta frente al VIH a través de la Parte B del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales.

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

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

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

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

### **Contenido del informe**

En 2017, se pide a los países entregar datos para todos los indicadores nacionales que correspondan a su respuesta. Los gobiernos nacionales son los encargados de preparar informes sobre los indicadores en el ámbito nacional, con el apoyo de la sociedad civil y sus socios para el desarrollo.



Los procedimientos mencionados en el presente manual han de seguirse a fin de recopilar y calcular la información necesaria para cada indicador.

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

Como ya se ha señalado, y con arreglo a los requisitos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016, la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH, debe participar en el proceso de presentación de informes. Asimismo, se ha de dar al sector privado una oportunidad similar de participación en este proceso. El ONUSIDA recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales organicen un taller o foro donde se presenten y analicen abiertamente los datos antes de su presentación. Los equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida están disponibles en la mayoría de los países para facilitar este proceso de diálogo.

Los datos sobre indicadores estarán disponibles en [aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org) tras un proceso de depuración, validación y conciliación.

Si hay alguna duda, se recomienda a los países que se dirijan al ONUSIDA en su país o en Ginebra por correo electrónico: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

Hay disponible información actualizada sobre la Vigilancia Mundial del Sida en el sitio web del ONUSIDA:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>.

### **Directrices para la presentación de datos**

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

### **Herramienta para la presentación de informes y presentación de los datos**

Los datos sobre indicadores, el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales y los informes narrativos de los datos correspondientes a cada compromiso o los informes narrativos nacionales disponibles deberán presentarse en línea antes del 31 de marzo de 2017.

Para introducir los datos se utilizará el sitio web para la presentación de informes mundiales: <https://aidsreportingtool.unaids.org>. Así se facilitará el procesamiento de los datos y se minimizarán los errores. Se ha nombrado para cada país un punto focal responsable de acceder a esta herramienta y de introducir la información. Los propios países también tienen la posibilidad de añadir o designar a varios relatores en caso de que los datos provengan de diversas fuentes o estructuras de presentación de informes.

Los relatores de los países podrán acceder a la herramienta de presentación de informes utilizando las mismas credenciales que emplearon en la ronda de informes previa. Los nuevos relatores de país deberán crear un nombre de usuario y contraseña. En función de las comunicaciones oficiales con el país, en principio se asigna un editor de datos por país, pero el relator

nacional puede ampliar los derechos de edición a otras personas si así lo desea. Los editores pueden añadir y modificar la información que haya de enviarse. Al igual que en los últimos años, el relator nacional también puede autorizar a otras personas para que vean los datos y permitir así una consulta nacional más amplia. Los observadores pueden ver dicha información, pero no pueden realizar ningún cambio. Se ofrece más información a este respecto en los tutoriales en línea sobre cómo utilizar la herramienta de presentación de informes en el sitio web de Vigilancia Mundial del Sida (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

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

Los progresos en la presentación de informes pueden evaluarse en la página principal, que permite consultar el porcentaje o el número de indicadores que se va a responder. Además de introducir los datos correspondientes al año actual, los países podrían solicitar, si es necesario, la modificación de los datos de años anteriores. Para modificar datos correspondientes a años anteriores, deberá enviarse un mensaje a [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org) y el indicador será reabierto para su edición dentro de la herramienta en línea.

Para finalizar la introducción de datos se pulsará el botón "enviar". De esta forma, el país cierra la sesión en la herramienta de presentación de informes en

línea, y no podrá realizar ningún cambio ni añadir nada a su informe presentado a través de esta herramienta. El ONUSIDA revisará los datos y pedirá aclaraciones si fuera necesario. Si el ONUSIDA tiene alguna pregunta acerca de los datos, el sitio web se volverá a abrir para que los países puedan editar las respuestas.

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

### **El proceso de presentación de informes a nivel nacional: acciones necesarias**

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

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

1. Identificar a la persona que coordinará el proceso de presentación de informes y enviar el nombre y la información de contacto al ONUSIDA al siguiente correo electrónico: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org), antes del día **1 de febrero de 2017**.
2. Identificar las necesidades de datos conforme a los requisitos del plan estratégico nacional y las presentes directrices en relación con la Vigilancia Mundial del Sida.
3. Establecer puntos focales que coordinen la conclusión de las Partes A (autoridades nacionales) y B (representantes de la sociedad civil) del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales.

4. Desarrollar y difundir un plan para la recopilación de datos sobre indicadores de Vigilancia Mundial del Sida y el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales, lo que incluirá plazos y funciones del Comité Nacional del Sida o equivalente, de otros organismos públicos, y de la sociedad civil y otros socios relevantes en este proceso.
5. Identificar las herramientas relevantes para la recopilación de datos y sus fuentes para cada componente del informe, lo que incluirá:
  - Reunirse con el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.
  - Alinear el calendario de recopilación de datos con:
    - Otros esfuerzos de recopilación de datos, incluidos los que se ejecutan con organismos financiadores como el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) y entidades de la Naciones Unidas.
    - El calendario para la agregación de datos a nivel nacional para indicadores basados en centros sanitarios.
6. Garantizar la financiación que requiere el proceso completo de obtención, análisis y notificación de los datos.
7. Obtener y recopilar los datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional, lo que incluye:
  - Establecer protocolos para el procesamiento y gestión de los datos:
    - Procedimientos básicos de depuración y validación de datos.
    - Una base de datos para finalidades de análisis y presentación de información.
  - Examen e inspección de datos.
  - Completar las Partes A y B del cuestionario del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (véanse seguidamente directrices adicionales).
8. Solicitar del equipo competente en estimaciones nacionales que trabaje sobre los borradores de los archivos de estimaciones utilizando el programa Spectrum para concluir los datos para denominadores.
9. Introducir los datos sobre indicadores y el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales en la herramienta en línea para la presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
10. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, formulen comentarios sobre el borrador de los datos.
11. Llevar a cabo un taller de trabajo de validación para analizar los datos sobre indicadores, lo que incluirá gasto y políticas de actuación sobre el sida (Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales), conjuntamente y en coordinación con organizaciones asociadas del sector público, la sociedad civil y la comunidad internacional, para identificar avances, deficiencias y pasos subsiguientes para la consecución de los 10 compromisos de Acción Acelerada y objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030, y alcanzar un consenso sobre los informes relativos a la Vigilancia Mundial del Sida. Los resultados de este análisis deberán sintetizarse e incluirse para cada compromiso en la sección para informes narrativos que se incluye en la herramienta en línea de presentación de informes.
12. Actualizar los datos introducidos atendiendo a las conclusiones alcanzadas en el taller de consulta.

13. Enviar todos los datos sobre indicadores, las respuestas al Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales y los resúmenes narrativos para cada compromiso el día **31 de marzo de 2017** o antes.
14. Subir el archivo final de Spectrum a la carpeta de estimaciones nacionales designada en o antes del día **10 de abril de 2017**.
15. Responder puntualmente a las consultas sobre la presentación de datos que puedan publicar el ONUSIDA, la OMS o el UNICEF en la herramienta para presentación de informes o que se puedan remitir al punto focal de Vigilancia Mundial del Sida desde [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

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

### **Proceso de validación de datos para 2017**

Después de que los países hayan enviado los informes de Vigilancia Mundial del Sida a través de la herramienta en línea, el ONUSIDA, con el apoyo del UNICEF y la OMS, revisará los datos que se hayan presentado, con las siguientes finalidades:

- Apoyar a los países en la revisión de posibles errores que se hayan podido producir en la introducción de datos.
- Verificar que los datos que se hayan enviado respondan a las definiciones de los indicadores

que se describen en las directrices de Vigilancia Mundial del Sida.

Los datos que se presenten mediante Vigilancia Mundial del Sida se publicarán a través de AIDSInfo y se utilizarán para análisis mundiales y regionales. Para esa finalidad, los datos deberán resultar comparables entre países y responder a las definiciones convenidas mundialmente de los indicadores utilizados para supervisar compromisos políticos mundiales.

Si los países no cuentan con datos que se correspondan de forma exacta con la definición del indicador que esté disponible, se les alienta a considerar durante el proceso de presentación de informes otros datos que puedan ser relevantes para el área de compromiso a fin de evaluar los avances de que se trate. Sin embargo, por las razones ya mencionadas, estos datos no serán publicados en AIDSInfo ni se incluirán en el análisis mundial.

Únicamente se incluirán datos nuevos enviados por los países en los conjuntos de datos finales sobre Vigilancia Mundial del Sida 2016. No se incluirán datos ya presentados por cada determinado país en previas rondas de Vigilancia Mundial del Sida. Si algunos de los datos enviados anteriormente han sido ahora revisados, los conjuntos de datos sobre indicadores podrán ser actualizados para hacer que reflejen los valores corregidos.

Durante el proceso de revisión, el ONUSIDA contactará con los puntos focales nacionales de Vigilancia Mundial del Sida para solicitar aclaraciones o para hacer que se revisen datos presentados a través de esta herramienta.

La validación de los datos se lleva a cabo en diferentes pasos.

- El UNICEF y el ONUSIDA armonizan las bases de datos de datos de encuestas.
- Los puntos focales sobre indicadores de las sedes centrales del ONUSIDA, la OMS y el

UNICEF llevan a cabo una revisión inicial y apuntan consultas preliminares.

- Los equipos de apoyo regional del ONUSIDA revisan las presentaciones y revisan dichas consultas preliminares.
- La Secretaría del ONUSIDA introduce las consultas en la herramienta en línea de presentación de informes.
- La Secretaría del ONUSIDA y los equipos de apoyo regional realizan un seguimiento de las consultas con los países.

El proceso de validación toma en consideración los siguientes puntos sobre los indicadores.

Para indicadores originados de encuestas

- Verificar los cálculos, lo que incluye comprobar que la suma de los datos desagregados se corresponde con el valor total.
- Verificar posibles variaciones sustanciales en relación con datos enviados en otras rondas de presentación de informes.
- Verificar que los datos no hayan sido previamente notificados a través del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Si hay datos que ya hayan sido enviados previamente, pedir al país de que se trate que retire esos datos y que haga constar que no hay nuevos datos disponibles para el indicador en cuestión.
- Comparar los datos de encuestas disponibles: numeradores, denominadores y datos desagregados.
- Verificar los años de las encuestas en cuestión y las fechas de recopilación de datos introducidos en la herramienta en línea de presentación de informes.
- Verificar los métodos realización de encuestas y los tamaños de las muestras para garantizar su representatividad.

- Revisar los informes.
- En el caso de datos que correspondan a un indicador compuesto, verificar que se haya utilizado la misma fuente para todas las preguntas y que los valores compuestos se correspondan con la suma de todas las preguntas.

Para indicadores con denominadores basados en estimaciones

- Verificar los cálculos, lo que incluye comprobar que la suma de los datos desagregados se corresponde con el valor total.
- Verificar los numeradores frente a datos comparables.
- Verificar que los denominadores encajen con los disponibles a través de estimaciones.

Se revisan todos los comentarios y observaciones de los países, para todos los indicadores.

#### **Notas de validación adicional por indicador**

Estimaciones sobre dimensiones de grupos de población

- Comprobar posibles grandes cambios interanuales.
- Revisar informes, si los hay.

Número de personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

- Verificar si los datos logísticos encajan con las estadísticas sobre prestación de servicios con respecto a la prestación de terapias antirretrovirales.
- Valorar posibles diferencias entre esas estadísticas. En ausencia de identificadores únicos para las personas que reciban terapia antirretroviral, entre las causas de posibles discrepancias entre ambas estadísticas podrían incluirse muertes no registradas, personas de las que se haya perdido su seguimiento y migración entre países diferentes o entre centros.

# Resumen de cambios en el proceso de presentación de informes para 2017

La presentación de informes de 2017 requiere la presentación de datos sobre indicadores y del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales. El informe narrativo es opcional.

Algunos indicadores han sido modificados para armonizar el conjunto de indicadores atendiendo a las recomendaciones resultantes de la revisión del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de diciembre de 2015; se añadieron algunos indicadores, y este año no se recopilarán datos para algunos indicadores. La sección sobre el futuro de la Vigilancia Mundial del Sida ofrece más información sobre los cambios habidos en la ronda de presentación de informes correspondiente a este año.

A continuación se resumen los cambios correspondientes a la ronda de presentación de informes de 2017.

- Se han introducido los siguientes indicadores para armonizar la presentación de informes sobre el objetivo 90–90–90 entre grupos de población clave y entre la población total. También se han introducido para dar cuenta del acceso a servicios clave de prevención y tratamiento y para dar cuenta también del estigma y la discriminación que sufren grupos de población clave.
  - 3.5 Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave
    - 3.5A Cobertura de terapias antirretrovirales entre profesionales del sexo que viven con el VIH
    - 3.5B Cobertura de terapias antirretrovirales entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que viven con el VIH

- 3.5C Cobertura de terapias antirretrovirales entre personas que usan drogas inyectables y que viven con el VIH
- 3.5D Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas transgénero que viven con el VIH
- 3.5E Cobertura de terapias antirretrovirales entre los presos que viven con el VIH
- 3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero
- 3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave
  - 3.7A Cobertura de los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo
  - 3.7B Cobertura de los programas de prevención del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - 3.7C Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que usan drogas inyectables
  - 3.7D Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas transgénero
- 3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave
- 3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PPrE)
- Sífilis activa entre grupos de población clave (la última vez que se recopilaron datos para ambos indicadores fue en el proceso de presentación de informes del año 2014):
  - 3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo
  - 3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- 4.2 Evitación de los servicios para el VIH por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación
  - 4.2A Evitación de los servicios para el VIH por parte de los profesionales del sexo por causa del estigma y la discriminación
  - 4.2B Evitación de los servicios para el VIH por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación
  - 4.2C Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación
  - 4.2D Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación
- 10.5 Gonorrea entre hombres (la última vez que se recopilaron datos para este indicador fue en el proceso de presentación de informes del año 2014)
- Número de preservativos distribuidos (Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales)
- Se han modificado los indicadores siguientes para el proceso de presentación de informes de este año.
  - El porcentaje de uso del preservativo en la última relación sexual se recopilará entre personas con parejas no estables en lugar de entre las personas con múltiples parejas sexuales (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 1.4).

- El número total de muertes relacionadas con el sida (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 4.7) se sustituirá por la mortalidad relacionada con el sida.
- El Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre grupos de población clave sustituirá a Pruebas del VIH en los últimos 12 meses entre grupos de población clave (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2.3, 2.6, 2.11).
- Este año no se recopilarán datos sobre 12 indicadores.
  - Personas jóvenes: relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 1.2)
  - Múltiples parejas sexuales (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 1.3)
  - Prevalencia del VIH, informada a través de centros de atención prenatal, por grupos de edad (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 1.6)
  - Transmisión maternoinfantil del VIH a nivel de programas (Acceso Universal 3.3a)
  - Cobertura de pruebas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (Acceso Universal 3.4)
  - Cobertura de pruebas para parejas de mujeres embarazadas (Acceso Universal 3.5)
  - Cobertura de profilaxis farmacológica antirretroviral para recién nacidos (Acceso Universal 3.7)
  - Cobertura de profilaxis con cotrimoxazol (Acceso Universal 3.9)
- Retención de las terapias antirretrovirales a los 24 meses (Acceso Universal 4.2a)
- Retención de las terapias antirretrovirales a los 60 meses (Acceso Universal 4.2b)
- Cobertura de la atención para el VIH (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 4.3)
- Apoyo económico externo para los hogares más pobres (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 10.2)
- Los indicadores han sido agrupados según los 10 compromisos de Acción Acelerada para acabar con el sida para el año 2030. A diferencia de lo que se hizo en 2016, los indicadores relativos a grupos de población clave no están ya agrupados bajo un único tema: por ejemplo, los indicadores para los objetivos 90–90–90 entre grupos de población clave están agrupados bajo el tercer compromiso, mientras que los objetivos relativos a la eliminación de todas las formas de discriminación se agrupan bajo el cuarto compromiso.
- El "Compromiso 10" incluye indicadores sobre otras enfermedades relacionadas con el VIH, como es la tuberculosis (TB), e indicadores del VIH que previamente se incluían bajo el objetivo 5 de la Declaración Política de 2011, infecciones de transmisión sexual, que a su vez anteriormente se incluían bajo el objetivo 1 de la Declaración Política de 2011, e indicadores sobre hepatitis, de los que antes informaban los países que forman parte de la Región Europea y de la Región de las Américas de la OMS.
- Las personas transgénero como posible elemento de desagregación, un elemento que



se introdujo en la ronda de presentación de informes de 2014 en relación con profesionales del sexo, se han incorporado a otros indicadores relacionados con grupos de población clave, como es el de personas que usan drogas inyectables y el de población reclusa.

- Los países tendrán la posibilidad de especificar en la herramienta en línea para la presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida que los datos para determinados indicadores seleccionados se tomen de su archivo final Spectrum y, en consecuencia, no será preciso que se introduzcan en la herramienta en línea.
- Indicador 8.1: Gasto total relativo al VIH: Al igual que en previas rondas de presentación de informes, el gasto relativo al VIH desagregado por categorías de programas y fuentes de financiación se refleja en la plantilla Matriz de Financiación Nacional. La clasificación de las categorías de programas sobre el VIH están ahora alineadas con los compromisos de la nueva Declaración Política de 2016. En general, la inmensa mayoría de las categorías de programas sobre el VIH que han de reflejarse en la matriz no son nuevas, sino que se extraen de categorías descritas en directrices ya existentes. Se resalta una lista de 8 subindicadores básicos. Existen algunas nuevas categorías de programas, entre ellas profilaxis previa a la exposición (PPRE) según grupos de población clave, prevención para presos y programas de prevención dirigidos a mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH. La definición de los subindicadores básicos y metadatos asociados se incluye en la guía; el Anexo 2 ofrece un completo elenco de categorías de

programas sobre el VIH y equiparaciones con las Categorías del Gasto en sida de la MEGAS.

El ONUSIDA está trabajando con donantes y organizaciones internacionales para armonizar esos nuevos indicadores con estándares internacionales. Esos indicadores de presentación de información mundiales se proponen ofrecer datos estandarizados para su comparación entre países y para permitir su agregación a nivel mundial.

### **Presentación de datos sobre ciudades prioritarias**

Las ciudades desempeñan un papel fundamental en la respuesta frente al VIH, por su gran y creciente cantidad de personas que viven con el VIH y la vulnerabilidad, también en aumento, ante la transmisión del VIH asociada con las dinámicas urbanas, como son las propias de la densidad de población, los flujos migratorios, las desigualdades sociales y las altas concentraciones de grupos de población clave afectados por el VIH. Las ciudades tienen una oportunidad de esencial importancia para ejercer una función de liderazgo en la respuesta al VIH como impulsoras de oportunidades económicas y educativas, de innovación, de prestación accesible a servicios y enfoques participativos e inclusivos de la gobernanza.

A finales de 2015, más de 150 ciudades habían firmado la Declaración de París de Acción acelerada en las ciudades: poner fin a la epidemia de sida, por la que se comprometieron a hacer frente a las importantes desigualdades en el acceso a servicios básicos, la justicia social y las oportunidades económicas, así como a cumplir las metas de acción acelerada para acabar con la epidemia de sida para 2030.

Valorar los progresos alcanzados en la respuesta al sida y en hacer realidad los objetivos de Acción Rápida en las ciudades requiere de datos a nivel urbano ("de ciudad") sobre indicadores relacionados con el VIH. La herramienta Vigilancia Mundial del Sida ha sido adaptada para permitir al usuario recopilar información relevante sobre ciudades prioritarias.

- Selección de las ciudades: los países deben presentar datos para un número de indicadores seleccionados (incluidos a continuación) para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030
- Indicadores: los indicadores para los cuales es necesario recopilar datos en las ciudades son: 1.1-1.4, 1.7, 2.3, 3.1-3.5, 3.6A-B, 3.8-3.10, 3.15-3.17, 4.2, y 10.1.
- Es muy recomendable que se consulte a las ciudades homólogas pertinentes al recopilar datos a nivel de la ciudad para su posterior notificación.

### **Presos o población reclusa**

En estas directrices se utiliza los términos *preso* o *recluso* y no tanto los términos *interno* o *detenido*.

Justificación de la terminología utilizada: Los términos *preso* o *recluso* conllevan que una persona ha sido condenada por un juzgado o tribunal, mientras que el término *interno* no implica necesariamente que esa persona haya recibido una sentencia judicial. Esa persona puede estar siendo retenida por otras razones legales, como son mandatos judiciales de prisión provisional hasta que se pague una fianza, o por contravenciones de condiciones de libertad condicional. Puede hacerse referencia a otros grupos de población como pueden ser residentes en servicios psiquiátricos no abiertos como *internos*.

El término *detenido* se aplica a personas que se hallan en situaciones administrativas de detención y puede incluir a quienes de forma no voluntaria, ilegal o inmoral están detenidos en algún tipo de instalación. Los detenidos pueden ser personas desplazadas, migrantes, refugiados, enfermos mentales o personas de otro modo incapacitadas.

Se han seleccionado los términos *presos* o *reclusos* porque en las prisiones suele haber mayor disponibilidad de programas y de oportunidades de tomar parte en determinados servicios, que incluyen pruebas y tratamiento del VIH, dado que normalmente la estancia en este tipo de instituciones es más prolongada.

# El futuro del Monitoreo Global del Sida

El año 2015 fue el año objetivo para la Declaración Política de 2011 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ha habido un consenso mundial sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluyen el objetivo de acabar con la epidemia del sida. Los indicadores relativos a los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen un indicador sobre incidencia del VIH, conforme se hace con otras enfermedades, y una medición de carácter crítico sobre la respuesta frente al sida. El marco de trabajo de Vigilancia Mundial del Sida ha incluido indicadores basados en la Declaración Política de 2016.

Para garantizar que todos los datos continúan siendo relevantes y de utilidad, el marco de trabajo de Vigilancia Mundial del Sida fue revisado en el año 2016 sobre la base de una revisión de la utilidad del proceso de información sobre el VIH. Esa revisión consideró incluir la cascada de tratamiento de 10 indicadores de la OMS<sup>10</sup> y revisar algunos indicadores sobre prevención, estigma y discriminación, igualdad de género, integración, el impacto del VIH sobre la infancia y el gasto relativo al VIH. Además, se sugirió que se incluyesen indicadores sobre prevención y tratamiento para grupos de población clave en el conjunto de indicadores.

Se respetaron los siguientes criterios a la hora de seleccionar los indicadores.

- Cada indicador deberá tener un claro propósito y finalidad a la hora de orientar y optimizar los programas nacionales sobre el VIH.
- El conjunto de indicadores deberá resultar necesario y útil para reflejar los avances en

<sup>10</sup> Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/> en, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

la consecución de los 10 compromisos de Acción Rápida y de los objetivos ampliados, que incluyen el objetivo 90-90-90 en el total de la población y el acceso a servicios clave de prevención y tratamiento entre los grupos de población clave en situación de mayor riesgo.

- El conjunto de indicadores deberá abordar todos los pasos y fases de la cascada de tratamiento del VIH.
- El conjunto de indicadores deberá incluir factores estructurales y factores ambientales de facilitación o capacitación que sean de carácter crítico para las respuestas eficaces frente al sida.
- El conjunto de datos maximiza la continuidad con anteriores rondas de Vigilancia Mundial del Sida y del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida, es decir, el uso de indicadores ya probados en cuanto a viabilidad y ventajas técnicas en la mayor medida posible.

# Indicadores para el Monitoreo Global del Sida

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

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

---

### Qué mide

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

---

### Justificación

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

Esta medición es uno de los 10 indicadores mundiales de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 para el VIH en el sector de la salud y ayuda a supervisar el "primer 90" del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico para el año 2020.

---

### Numerador

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

---

### Denominador

Número de personas que viven con el VIH

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

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

#### 1. Notificaciones de casos de VIH provistos por sistemas de vigilancia rutinarios

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

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

*Sobre métodos de seguimiento de casos.* Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2013, y si puede darse cuenta del número acumulado de personas diagnosticadas con el VIH y del número acumulado de esas personas que hayan muerto. Los países deberán garantizar que las demoras en la notificación de los casos no sean superiores a tres meses.

#### 2. Encuesta basada en la población nacional con pruebas para VIH y una pregunta directa sobre el conocimiento del estado serológico.

*Para el numerador.* El numerador es el número de participantes que comunican que fueron diagnosticados con el VIH en su última prueba para el VIH y que también resultaron VIH-positivos en la encuesta.

*Para el denominador.* El número de personas con resultado de VIH-positivo en la encuesta.

#### 3. Encuesta basada en la población nacional con biomarcadores de VIH con una pregunta indirecta sobre el conocimiento del estado serológico, más datos de programas sobre la proporción de personas que reciben tratamiento.

---

---

Esta medición se construye como un promedio de lo siguiente:

- El porcentaje de personas diagnosticadas con el VIH en la encuesta que informan haber realizado las pruebas del VIH en algún momento y de haber recibido el resultado de la última prueba.
- El porcentaje de personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral según se incluye en el indicador 1.2.

*Sobre los métodos de las encuestas.* Los métodos 2 y 3 deberán construirse a partir de la encuesta más reciente (utilizando únicamente encuestas realizadas en los cinco años anteriores a la ronda de presentación de informes). En el método 3, los datos de programas deberán ser del año del reporte. Si el porcentaje que se halla en tratamiento resultante de datos de programas es superior al porcentaje de personas que viven con el VIH que informan haber realizado la prueba del VIH en algún momento y haber recibido el resultado de la última prueba, deberá tomarse el porcentaje resultante de los datos sobre tratamiento como medida más conservadora.

Dado que las encuestas a hogares con frecuencia están restringidas a encuestados que se hallan en edad reproductiva (15-49 años), puede ser necesario construir una estimación independiente del conocimiento del estado serológico entre niños (0-14 años) utilizando datos de programas (el número de menores en tratamiento, según se incluye en el indicador 1.2, entre el número total estimado de niños). Ese porcentaje entre niños es la medida más conservadora. Para obtener una estimación mundial del porcentaje que vive con el VIH que conoce su estado serológico, deberá hacerse el promedio de las estimaciones específicas por edades, ponderadas por el número de niños y adultos (de forma independiente) que viven con el VIH.

El ONUSIDA puede ofrecer asistencia técnica a los países para estimar el conocimiento del estado serológico correspondiente a encuestas poblacionales, si se le solicita.

---

### Frecuencia de medición

Anualmente

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad: para mediciones sobre casos comunicados de VIH: 0-14 años, 15-49 años y 50+ años; para mediciones basadas en encuestas: 0-14 años y 15+ años
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### Puntos fuertes y débiles

#### Método de información basado en casos

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

- El sistema ha estado en marcha durante tiempo suficiente como para que se haya informado de todas las personas que hayan sido diagnosticadas con el VIH y que siguen aún con vida.
  - Existen mecanismos oportunos y completos para informar de casos de nuevos diagnósticos al sistema desde todos los centros que ofrecen pruebas de diagnóstico del VIH.
  - Se dispone de mecanismos para deduplicar a personas de las que se haya informado en múltiples ocasiones o desde múltiples centros.
  - Existe suficiente seguimiento de las personas para conocer si estas han muerto o se han trasladado fuera del país.
- 

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

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

#### Métodos basados en encuestas

Las encuestas pueden ofrecer una estimación del conocimiento del estado serológico razonable y de la eficacia de los servicios de pruebas específicos en los países en que:

- Las encuestas tienen capacidad suficiente para estimar la proporción de personas que conocen su estado serológico a nivel nacional o entre grupos de población clave, en los casos en que se llevan a dichas encuestas.
- Sus datos son recientes (correspondientes a los últimos cinco años).
- La revelación del estado serológico o el comportamiento en relación con pruebas sobre el VIH es precisa.

Las mediciones basadas en encuestas pueden subestimar el nivel de conocimiento del estado serológico si:

- En el caso de preguntas directas de las encuestas, las pruebas indican que algunas personas pueden ocultar su estado serológico.
- Para mediciones indirectas, las personas que han recibido pruebas para el VIH de resultado positivo y que informan no haberse sometido nunca a pruebas de este tipo en el momento de la encuesta posteriormente se someten a ellas y llegan a conocer su estado serológico.

#### Conocimiento del estado serológico y diagnóstico del VIH

La expresión "personas que viven con el VIH que han sido diagnosticadas" en ocasiones se ha utilizado para hacer referencia al "primer 90" (el 90% de las personas infectadas con el VIH que conocen su estado serológico). El ONUSIDA prefiere la expresión "conocen su estado serológico", dado que incluye a las personas que se han hecho por sí mismas las pruebas del VIH, que han resultado positivas, y conocen su estado serológico, aunque no han recibido un diagnóstico médico de su estado seropositivo.

---

### Información adicional

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1)).

Software Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

Demographic and Health Surveys (<http://dhsprogram.com>).

---

## 1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

Porcentaje y número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa

---

### Qué mide

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

---

### Justificación

La terapia antirretroviral ha demostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Las encuestas también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La OMS recomienda el tratamiento universal, para todos los grupos de personas.

---

El porcentaje de personas que reciben terapias antirretrovirales entre todas las personas que viven con el VIH ofrece un punto de referencia para todos los objetivos mundiales de vigilancia a lo largo del tiempo y también compara los avances entre los diferentes países. Este es uno de los 10 indicadores mundiales de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 para el VIH en el sector de la salud y ayuda a supervisar el "segundo 90" del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que conocen su estado seropositivo reciban terapias antirretrovirales para el año 2020.

---

### Numerador

Número de personas que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa

---

### Denominador

Número estimado de personas que viven con el VIH

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

*Para el numerador.* El numerador puede generarse contabilizando el número de adultos y niños que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa. Este recuento no deberá incluir a las personas que hayan suspendido el tratamiento, que hayan muerto o que hayan emigrado a otro país, o de las que de otro modo se haya perdido su seguimiento en el centro que les corresponda durante ese periodo. Deberán estar en funcionamiento protocolos para evitar contabilizaciones duplicadas de personas entre centros a lo largo del tiempo, y para garantizar que se informe de manera oportuna y puntual de todos los datos a nivel de centro.

Algunas personas recogen medicamentos antirretrovirales para varios meses en una única visita. Si la duración de los medicamentos que se recojan de tal modo cubre el último mes del periodo sobre el que se informa, esas personas deberán contabilizarse como sujetos que reciben terapia antirretroviral (en contraposición a las personas que hayan podido suspender el tratamiento).

El numerador deberá incluir a las personas que reciben terapia antirretroviral en el sector privado y en el sector público si esos datos están disponibles.

Este indicador no incluye los medicamentos antirretrovirales consumidos únicamente para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y la profilaxis posterior a la exposición. Este indicador incluye a las mujeres embarazadas que viven con el VIH que están recibiendo terapia antirretroviral de forma permanente.

Los países deberán triangular el numerador resultante de datos de programas con los sistemas nacionales de abastecimiento y vigilancia de medicamentos y ajustar las cifras de que se informará según proceda. Los países que emprendan evaluaciones o revisiones sobre la calidad de datos que supervisen el grado en que los centros sanitarios comunican el número de personas que reciben tratamiento durante los periodos de presentación de informes deberán también ajustar los datos del numerador procedentes de programas para dar cuenta de esas posibles incoherencias. Las estimaciones sobre cobertura de terapias antirretrovirales resultantes de encuestas también pueden utilizarse para perfilar o validar el numerador. Debe tenerse en cuenta que no deberán utilizarse únicamente datos aportados por los propios sujetos, ya que ese tipo de datos se ha acreditado que son de calidad limitada.

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

---

### Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente. Deberán utilizarse para el informe anual los datos mensuales o trimestrales más recientes.

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (0-14, 15+, <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49 y 50+ años)
  - Sector público o privado
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
  - Número de personas que inician por primera vez terapias antirretrovirales durante el año para el que se presentan los informes (esos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapias antirretrovirales).
  - Número de personas elegibles para el tratamiento en países en que la elegibilidad para terapias para el VIH, de acuerdo con directrices nacionales sobre criterios de elegibilidad, es un subconjunto de todas las personas que viven con el VIH.
-

---

**Información adicional solicitada**

Se solicita reportar el subconjunto de personas que iniciaron terapias antirretrovirales durante el último año sobre el que se informa. Para países en que la elegibilidad para el tratamiento para el VIH, de acuerdo a los criterios establecidos en directrices nacionales, es un subconjunto de todas las personas que viven con el VIH, deberá facilitarse el número de personas que son elegibles.

Se solicita el número de personas que reciben terapias antirretrovirales según se dé cuenta de tal número a través del sistema de distribución de medicamentos del país, en los casos en que esté disponible. Esa cifra deberá triangularse con el número resultante de datos de programas y resolverse o explicarse las diferencias según proceda.

Deberán facilitarse para este indicador datos subnacionales desagregados por áreas administrativas así como datos específicos a nivel de ciudad. Deberá proveerse información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

La pantalla de introducción de datos incluye un espacio específico para ello. También podrá enviarse la versión digital de cualesquiera informes relacionados utilizando la herramienta disponible para publicar información.

Los usuarios tienen la posibilidad de utilizar datos de Spectrum para el denominador. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del software una vez que se finalice el archivo nacional.

---

**Puntos fuertes y débiles**

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

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

---

**Información adicional**

Directrices de la OMS sobre tratamiento y atención sanitaria (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

---



### 1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses

Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH de los que se conoce que siguen recibiendo la terapia antirretroviral 12 meses después de su inicio

---

#### Qué mide

Avances a la hora de incrementar la supervivencia entre adultos y niños que viven con el VIH manteniéndolos en las terapias antirretrovirales.

---

#### Justificación

Uno de los objetivos de todo programa de terapias antirretrovirales es incrementar la supervivencia entre las personas que viven con el VIH. Según se amplían las terapias antirretrovirales en las diferentes partes del mundo, comprender por qué hay personas que las abandonan y conocer su número resulta importante. Los datos pueden utilizarse para acreditar la eficacia de los programas y para poner de relieve obstáculos que existan para ampliarlos y optimizarlos.

---

#### Numerador

Número de adultos y de niños que siguen vivos y que reciben terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento en 2015

---

#### Denominador

Número total de adultos y niños que iniciaron su terapia antirretroviral en el año 2015, dentro del periodo sobre el que se informa, con inclusión de las personas que hayan muerto después de iniciar esa terapia, de quienes hayan suspendido su tratamiento y de aquellos sujetos de los que se haya registrado que se ha perdido su seguimiento en el mes 12.

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Herramientas de seguimiento de programas; formularios de análisis de cohortes y grupos

Formulario de información sobre análisis de registros sobre terapia antirretroviral y cohortes de terapias antirretrovirales.

El periodo sobre el que se informa se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que haya concluido dentro de un número predefinido de meses en relación con el momento de presentación del informe. Los requisitos nacionales sobre presentación de informes pueden determinar ese número predefinido de meses. Si el periodo sobre el que se informa va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, los países calcularán este indicador en referencia a todas las personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales en cualquier momento que vaya entre el día 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015.

La retención a los 12 meses de haber iniciado la terapia antirretroviral se define como el resultado: si una persona sigue con vida y sigue recibiendo terapia antirretroviral, si ha muerto o si se ha perdido el seguimiento sobre ella. Por ejemplo, las personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales entre el día 1 de enero de 2014 y el día 31 de diciembre de 2014 habrán alcanzado su resultado de 12 meses para el periodo de información que va entre el día 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015.

---

#### Frecuencia de medición

Según las personas van iniciando terapias antirretrovirales, deberán recopilarse de forma continuada datos de cohortes mensuales. Deberán agregarse luego los datos sobre cohortes mensuales que completen como mínimo 12 meses de tratamiento.

---

#### Desagregación

- Sexo
- Edad (0-14 años y 15+ años)
- Condición de embarazada en el momento de inicio de la terapia
- Condición de madre lactante en el momento de inicio de la terapia
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

#### Explicación del numerador

El numerador requiere que los adultos y niños estén vivos y estén recibiendo terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento. Para conseguir un amplio entendimiento del nivel de supervivencia, deberán recopilarse los siguientes datos:

- El número de adultos y niños en grupos de inicio de terapias antirretrovirales que empiezan esas terapias como mínimo 12 meses antes del final del periodo del que se informa.
- El número de adultos y niños que sigan vivos y estén recibiendo terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento.

El numerador no requiere que hayan estado recibiendo terapia antirretroviral de forma continua durante el periodo de 12 meses que se contempla. Se incluyen en el numerador las personas que se hayan saltado una o dos citas médicas o recogidas de fármacos o que hayan interrumpido temporalmente el tratamiento durante ese periodo de 12 meses pero que sigan registradas como receptoras de tratamiento en el mes 12. Por contra, no se incluirá a las personas que hayan muerto, que hayan abandonado el tratamiento o de las que se haya perdido su seguimiento a los 12 meses del inicio de la terapia.

---

Por ejemplo, para personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales en el mes de mayo de 2015: si en cualquier momento entre el mes de mayo de 2015 y el mes de mayo de 2016 mueren, o se pierde su seguimiento (y estas no regresan) o suspenden el tratamiento (y no lo reinician), en el mes 12 (mayo de 2016) esas personas no están recibiendo terapia antirretroviral y no se incluirán a estos efectos. Sin embargo, una persona que haya iniciado su terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2015 y que se haya saltado una cita médica en el mes de junio de 2015 pero que conste registrada como receptora de terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2016 (el mes 12) no deberá ser incluida en el numerador. Lo que resulta importante es que una determinada persona que haya iniciado la terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2015 conste que está viva y que recibe terapia antirretroviral pasados 12 meses, independientemente de lo que ocurra en el periodo que va de mayo de 2015 a mayo de 2016.

Los registros sobre terapias antirretrovirales deberán incluir un conjunto de variables que describan a las personas, como son su edad y el momento en que haya iniciado su tratamiento. Además, muchos registros incluirán información de la que se desprenderá si esa persona era una mujer embarazada o en periodo de lactancia en el momento en que inició el tratamiento. Deberá calcularse la retención correspondiente a esos subconjuntos para determinar la retención de terapias a los 12 meses.

---

#### **Explicación del denominador**

El denominador es el número total de adultos y niños incluidos en grupos de inicio de terapias antirretrovirales que hayan iniciado su terapia antirretroviral en cualquier momento de los 12 meses anteriores al inicio del periodo del que se informa, independientemente del resultado de estos a los 12 meses.

Por ejemplo, el periodo de información que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016 incluirá a todas las personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Esto incluye a todas las personas que estén recibiendo terapia antirretroviral así como a las personas que hayan muerto, las que hayan suspendido su tratamiento o de las que se haya perdido su seguimiento a fecha del mes 12.

En el nivel de centros sanitarios, el número de adultos y niños que reciben terapias antirretrovirales a los 12 meses incluye a las personas de las que se haya recibido su traslado sanitario en cualquier momento que vaya desde el inicio del tratamiento hasta la conclusión del periodo de 12 meses, y excluye a las personas que hayan sido transferidas a otros centros durante ese mismo periodo, y ello para reflejar la cohorte actual neta correspondiente a cada centro. En otras palabras, a nivel de centros sanitarios, las personas que hayan sido transferidas a otros centros no deberán ser contabilizadas ni en el numerador ni en el denominador. De modo similar y en consecuencia, las personas de las que se haya recibido su traslado sanitario en cada centro sanitario sí deberán ser contabilizadas, tanto en el numerador como en el denominador. En el nivel nacional, el número de personas que hayan ingresado por transferencias de otros centros deberá coincidir con el número de personas que se hayan transferido hacia otros centros. La cohorte actual neta (las personas cuyos resultados son responsabilidad actual para su registro de cada centro sanitario concreto; es decir, el número de personas en los grupos de inicio de terapias más las transferencias o traslados recibidos de otros centros de esos pacientes y menos las transferencias o traslados de pacientes remitidas a otros centros) a los 12 meses deberá ser igual, en consecuencia, al número de personas del grupo de cohorte de inicio de terapias 12 meses antes.

---

#### **Puntos fuertes y débiles**

Este denominador puede subestimar el verdadero nivel de supervivencia, ya que algunas personas de las que se haya perdido el seguimiento seguirán vivas. Se captura aquí el número de personas vivas y que reciben terapia antirretroviral (retención sobre terapias antirretrovirales) en una cohorte de tratamiento.

La prioridad a estos efectos de informes es para la información agregada sobre supervivencia. Si están disponibles amplios registros sobre cohortes de pacientes, se alienta a los países a hacer un seguimiento del nivel de retención terapéutica a los 24, 36 y 48 meses, y de forma anual a partir de ese último plazo. Ello permitirá la comparación a lo largo del tiempo del nivel de supervivencia entre personas que reciben terapias antirretrovirales. En esa situación, resulta posible determinar si el nivel de supervivencia a los 12 meses se incrementa o disminuye. Sin embargo, no pueden atribuirse causas a esos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses se incrementa a lo largo del tiempo, ello puede reflejar mejoras en las prácticas de atención y tratamiento sanitario o una iniciación más temprana de las terapias antirretrovirales. La retención a los 12 meses necesita ser interpretada en relación con las características del punto de referencia de la cohorte en el momento en que se hayan iniciado las terapias antirretrovirales: la mortalidad será más alta en lugares en que las personas hayan accedido a la terapia antirretroviral en estadios más avanzados de la infección. Recopilar y dar cuenta de datos de resultados terapéuticos sobre supervivencia sobre plazos de tiempo más prolongados puede en consecuencia ofrecer una mejor imagen de la eficacia a largo plazo de las terapias antirretrovirales.

---

#### **Información adicional**

Directrices de la OMS sobre tratamiento y atención sanitaria (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/es/index.html>).

---

## 1.4 Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida

El número y porcentaje de personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica a la conclusión del periodo sobre el que se informa

---

### Qué mide

La carga vírica a nivel individual es la medición recomendada sobre la eficacia de la terapia antirretroviral e indica el nivel de observancia del tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga vírica de <1.000 copias/ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Deberá considerarse que las personas con resultados en las pruebas de carga vírica que estén por debajo de ese umbral han suprimido su carga vírica.

---

### Justificación

La supresión vírica entre las personas que viven con el VIH es uno de los 10 indicadores mundiales de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 sobre VIH y el sector sanitario. Ese indicador también es de ayuda para supervisar el "tercer 90" del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que reciben terapias antirretrovirales hayan suprimido su carga vírica para el año 2020.

---

### Numerador

Número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que tienen una carga viral suprimida ( $\leq 1.000$  copias/ml)

---

### Denominador

Número estimado de personas que viven con el VIH

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

La supresión de la carga vírica puede cuantificarse utilizando dos tipos diferentes de fuentes de datos. Entre esas fuentes se incluyen datos clínicos y datos de programas o, por otra parte, encuestas nacionalmente representativas. En uno u otro caso, la supresión vírica se define como <1.000 copias/ml. Para los países con otros umbrales (como son nivel indetectable, <50 copias/ml o <400 copias/ml), las evidencias preliminares resultantes de diversas encuestas sugieren que la proporción de los pacientes con niveles de 50 copias/ml o más y menos de 1.000 copias/ml es reducida, por lo que no se requieren ajustes. Deberá informarse de los valores de umbral para estas pruebas par a niveles que sean diferentes del de <1.000 copias/ml.

Los países deberán presentar sus informes sobre datos procedentes de ambos tipos de fuentes si están disponibles, aunque son preferibles los datos clínicos o de programas.

#### 1. Pruebas rutinarias sobre supresión de carga vírica resultantes de datos clínicos y de programas

*Para el numerador.* Los países deberán informar del número efectivo o estimado de personas que hayan suprimido su carga vírica a la conclusión del periodo del que se informa (véase seguidamente). En uno u otro caso, las pruebas sobre carga vírica deberán ser rutinarias y no episódicas; por ejemplo, cuando se sospeche de fracaso del tratamiento. Si se somete a pruebas los niveles de carga vírica de una determinada persona de forma repetida, únicamente deberá utilizarse el resultado de la última prueba. Deberá incluirse una indicación de si el indicador es directo o ajustado.

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

*Sobre el uso de mediciones efectivas o estimadas sobre supresión de carga vírica a través de datos clínicos o de programas.* Para países que tengan amplio acceso a pruebas rutinarias sobre carga vírica para todas las personas que reciban terapias antirretrovirales, deberá darse cuenta en el informe del número efectivo de personas que hayan suprimido su carga vírica entre todas las personas que vivan con el VIH.

Sin embargo, son muchos los países que están en proceso de implementar progresivamente pruebas sobre carga vírica; en consecuencia, puede ocurrir que esas pruebas únicamente puedan realizarse sobre un subconjunto de individuos o que solo estén disponibles en determinadas instalaciones sanitarias. En esos casos, el numerador puede tener que ser objeto de una estimación.

Para estimar el numerador, deberá aplicarse al número de personas que reciban terapias antirretrovirales la proporción de personas que hayan suprimido su carga vírica entre quienes se hayan sometido a esas pruebas.

Por ejemplo, en 2015, un país con un número estimado de personas que viven con el VIH de 100.000 tiene la capacidad de realizar pruebas rutinarias sobre carga vírica en 12.000 de las 24.000 personas que reciben terapias antirretrovirales. De esas 12.000 personas que han sido sometidas a pruebas de este tipo, 10.000 han suprimido su carga vírica. Se realiza una determinación subjetiva de que las personas que estén siendo monitorizadas sean representativas de las personas que reciben terapias antirretrovirales en el país. Deberá utilizarse el siguiente cálculo para estimar el número de personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica:

10.000 pacientes que han suprimido su carga vírica / 12.000 pacientes sometidos a esas pruebas = 0,83

0,83 por 24.000 pacientes que reciben terapias antirretrovirales = 20.000 pacientes que han suprimido su carga vírica entre los que están recibiendo terapias antirretrovirales

Numerador estimado: 20.000

Denominador estimado: 100.000

Porcentaje de personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica: 20%

Para países que incluyan un número estimado en sus informes, se deberá facilitar lo siguiente:

- Una indicación de si las personas que han sido sometidas a pruebas sobre supresión de carga vírica en el ejercicio del que se informe son representativas de todas las personas que reciben terapias antirretrovirales en el país (sí o no).
- El número de personas que se han sometido a una prueba rutinaria sobre carga vírica durante el ejercicio anual del que se informa.
- El número de personas que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa (con referencias cruzadas sobre el indicador 1.2).

Deberá contactarse con el ONUSIDA si se precisa asistencia técnica para hacer una estimación del número de personas que han suprimido su carga vírica.

---

---

## 2. Encuestas poblacionales nacionalmente representativas, incluidas encuestas para el indicador sobre alerta temprana y resistencia a medicamentos.

*Para el numerador.* La proporción de sujetos de que se informe que han suprimido su carga vírica entre los individuos para los que se detecte la terapia antirretroviral en muestras (en contraposición a datos autodeclarados) deberá multiplicarse por el número total de personas que reciban terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo del que se informa (con referencias cruzadas sobre el indicador 1.2) para estimar nacionalmente el número de personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica.

Debe tenerse en cuenta que no deberán utilizarse únicamente datos aportados por los propios sujetos, ya que ese tipo de datos se ha acreditado que son de calidad limitada.

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

*Sobre la estimación de la supresión de carga vírica entre las personas que viven con el VIH utilizando datos de encuestas.* Para estimar el numerador sobre la base de datos de encuestas, véase el ejemplo siguiente.

Ejemplo: en el país X, en 2015 Spectrum estimó que 100.000 personas vivían con el VIH, de las que 60.000 estaban recibiendo terapias antirretrovirales según resulta de los datos de programas. En una encuesta sobre poblaciones nacionalmente representativas realizada con 20.000 personas en el mismo año, 10.000 personas eran VIH-positivas. Entre esas personas, 8.000 fueron testadas positivas para medicamentos antirretrovirales y 7.500 habían suprimido su carga vírica.

$$\frac{7.500 \text{ pacientes que habían suprimido su carga vírica}}{8.000 \text{ pacientes sometidos a esas pruebas}} = 0,94$$
$$0,94 \text{ por } 60.000 \text{ pacientes que recibían terapias antirretrovirales} = 56.250 \text{ pacientes que habían suprimido su carga vírica entre los que están recibiendo terapias antirretrovirales}$$

Numerador estimado: 56.250  
Denominador estimado: 100.000  
Porcentaje de personas que viven con el VIH que habían suprimido su carga vírica. 56%

---

### Frecuencia de medición

Anualmente

---

### Desagregación

- Sexo (hombres y mujeres)
- Edad:
  - Cuando se informe sobre la base de datos de programas de rutina o datos clínicos: 0–14, 15+, <1 año, 1–4 años, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49 y 50+ años
  - Cuando se informe sobre la base de encuestas relacionadas con el VIH: 0–14 años y 15+ años
- Ciudad u otra área administrativa de importancia

---

### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### Puntos fuertes y débiles

Cuando se recopilan datos sobre pruebas sobre supresión de carga vírica en relación con todas las personas que reciben terapias antirretrovirales o de muestras nacionalmente representativas, esta medición ofrece importante información sobre observancia del tratamiento, eficacia de los tratamientos y riesgo de transmisión del VIH a nivel individual y de programa.

Sin embargo, pueden surgir diversas dificultades o retos a la hora de utilizar los datos disponibles para supervisar los niveles de carga vírica. En primer lugar, la capacidad de vigilancia de cargas víricas se está ampliando, pero continúa siendo limitada en entornos con bajos niveles de ingresos. Como resultado, los datos sintetizados sobre el indicador sobre carga vírica según queden cuantificados a través de registros sobre terapias antirretrovirales o datos de programas clínicos pueden no ser representativos de la carga vírica entre poblaciones más amplias que estén en tratamiento. Esto resulta pertinente especialmente cuando las pruebas sobre carga vírica no son rutinarias para todas las personas que reciben terapias antirretrovirales sino que se ejecutan selectivamente para determinar en qué momento iniciar el tratamiento o para personas con resultados terapéuticos cuestionables. Los datos comunicados sobre pruebas de carga vírica en personas de las que se sospecha que pueden presentar fracaso del tratamiento subestimarán el nivel de supresión de carga vírica.

En segundo lugar, la precisión del valor relativo a la carga vírica de una determinada persona puede depender de la muestra que esté disponible (sangre total frente a gotas de sangre seca). Determinar si una determinada persona ha conseguido niveles de carga vírica indetectables también variará dependiendo de la sensibilidad de los ensayos que se utilicen. Por esa razón, deberá utilizarse un valor de <1.000 copias/ml y no y a niveles indetectables de carga vírica.

Los sistemas de seguimiento de pacientes pueden producir datos transversales y de programa. Esos datos pueden provenir también de estudios. Si se utilizan datos de laboratorios, estos deberán ser ajustados para evitar dobles contabilizaciones de personas que se hayan sometido a más de una prueba sobre carga vírica en el periodo del que se informa.

Además de este indicador, los países que recopilen datos sobre retención terapéutica y supresión de carga vírica a los 12 meses entre cohortes pueden encontrar útil triangular esas diferentes mediciones para describir mejor el impacto de las terapias antirretrovirales eficaces.

---

### Información adicional

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

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach—second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>).

Directrices de la OMS sobre tratamiento y atención sanitaria (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

---

## 1.5 Diagnóstico tardío del VIH

Porcentajes de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm<sup>3</sup> y <350 células/mm<sup>3</sup> durante el periodo del que se informa

---

### Qué mide

Proporciones de personas con un recuento de células CD4 <200 células/mm<sup>3</sup> y <350 células/mm<sup>3</sup> de entre aquellas que tuvieron un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa

---

### Justificación

Según los países van ampliando sus servicios para el VIH, resulta importante supervisar si las personas son diagnosticadas en una fase más temprana y qué porcentaje de personas siguen siendo diagnosticadas en fases tardías.

---

### Numerador

Número de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <200 células/mm<sup>3</sup> y <350 células/mm<sup>3</sup> durante el periodo del que se informa

---

### Denominador

Número total de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

En base a los datos procedentes de sistemas de información de laboratorios y de registros sobre las personas que se encuentran en tratamiento. Los datos pueden compilarse a través de registros de servicios sanitarios, formularios de informes de casos o sistemas de información de laboratorios.

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (0-14 años y 15+ años)
- 

### Explicación del numerador

Personas que viven con el VIH cuyo recuento de linfocitos CD4 inicial haya resultado inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> e inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> en el periodo del que se informa.

---

### Explicación del denominador

Número de personas que viven con el VIH que tuvieron un recuento inicial de linfocitos CD4 durante el periodo del que se informa.

---

### Puntos fuertes y débiles

El recuento inicial de linfocitos CD4 no se calcula necesariamente en el momento del diagnóstico o en los momentos oportunos. Los datos disponibles pueden no corresponder a todos los individuos diagnosticados durante el periodo del que se informa.

Este indicador no distingue entre personas que recibieron un diagnóstico tardío y las que procuraron el tratamiento de forma tardía. Diferenciar ambas situaciones requiere examinar fecha de diagnóstico y fecha del recuento inicial de linfocitos CD4. Las fechas que difieran en más de un mes pueden indicar retrasos en la vinculación a la atención sanitaria. Una diferencia de menos de un mes sugiere un diagnóstico tardío. Además, el diagnóstico tardío y una vinculación tardía a la atención médica pueden coincidir en una misma persona.

Los datos disponibles pueden no incluir a todos los individuos diagnosticados durante el periodo del que se informa.

---

## 1.6 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales

Porcentaje de centros de tratamiento que se quedan sin existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido

---

### Qué mide

Este indicador cuantifica la eficacia del sistema de abastecimiento y gestión de suministros en el proceso de poner a disposición de los pacientes los medicamentos. Las consecuencias de estas situaciones de agotamiento de existencias (el nivel sufrido de interrupción del tratamiento y el riesgo de que se desarrolle resistencia a los medicamentos) dependen del número de personas cuyo tratamiento llegue a interrumpir cada situación de agotamiento de existencias de productos farmacológicos.

---

### Justificación

Según los países van ampliando sus servicios de terapias antirretrovirales, se hace importante garantizar que los medicamentos antirretrovirales estén disponibles para las personas que los necesitan. Las terapias antirretrovirales son una estrategia terapéutica a largo plazo para las personas que viven con el VIH, e interrupciones en ellas pueden llevar a fracaso del tratamiento y a que los pacientes generen resistencia a los medicamentos. Se necesita una gestión eficiente de los suministros para garantizar un aprovisionamiento ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales.

---

### Numerador

Porcentaje de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales que experimentan agotamientos de existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido

---

### Denominador

Número total de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales durante ese mismo periodo

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Esa información se recopila de forma centralizada al nivel en que las instalaciones sanitarias presentan sus informes de control de inventarios o formularios de pedido para medicamentos antirretrovirales.

Este indicador requiere:

- Informes de control de inventarios de existencias de parte de las instalaciones sanitarias, que también recogerán las existencias que haya de cada artículo.
- Formularios de pedido enviados por las instalaciones sanitarias durante un periodo de tiempo definido (como puede ser el periodo previo de pedidos, trimestre anterior y año anterior) sobre medicamentos antirretrovirales.
- Un listado de los medicamentos que esté previsto que cada instalación sanitaria haya de dispensar si estos no están incluidos ya en los informes de control de inventarios o en los formularios de pedido.

Todo ello funciona si el sistema de información nacional de gestión logística está operativo. Si no es así, pueden utilizarse encuestas sobre instalaciones sanitarias como son la evaluación sobre provisión de servicios o la identificación de disponibilidad de servicios siempre que incluyan preguntas relativas a situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

Si existe un sistema de información de gestión logística con datos sobre la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales a nivel de instalaciones sanitarias, deberá extraerse información de él para construir este indicador. Alternativamente, la información puede obtenerse mediante una encuesta o visitas a centros.

Si solo unas pocas instalaciones sanitarias dispensan medicamentos antirretrovirales, todas esas instalaciones sanitarias deberán ser incluidas en la encuesta o en las visitas a centros. Si son muchas las instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales, puede resultar necesario seleccionar una muestra representativa. El listado completo deberá estar disponible a nivel nacional.

En cuanto a muestras, es importante garantizar que las muestras incluyan instalaciones en diferentes niveles, como es el central, el de distritos y el periférico. En países en que se dispensen medicamentos antirretrovirales en farmacias u otros puntos de dispensación que no sean instalaciones sanitarias, deberán supervisarse las situaciones de agotamiento de existencias que se den en esos lugares: la viabilidad de ello dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística.

El indicador de alerta temprana sobre resistencia a medicamentos para el VIH sobre situaciones de agotamiento de medicamentos antirretrovirales supervisa el porcentaje de meses en el periodo del que se informa en que no se producen esas situaciones de agotamiento de fármacos antirretrovirales. Este puede cuantificarse a nivel de instalaciones sanitarias y agregarse para la estimación nacional.

---

### Frecuencia de medición

Anualmente

---

### Desagregación

Tipo de centro; por ejemplo, clínica general, centro materno-infantil o centro para el tratamiento de la tuberculosis

---

### Información adicional solicitada

Observaciones sobre si la información está basada en datos nacionales o datos de encuestas sobre una muestra de instalaciones sanitarias. Deberán incluirse comentarios que ayuden a interpretar los datos: por ejemplo, si únicamente están disponibles datos procedentes del sector público o del sector privado, y si puede haber situaciones de sobrestimación o subestimación de los valores.

---

---

**Puntos fuertes y débiles**

Este indicador captura un componente crucial del programa de terapias antirretrovirales: si existe un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales a nivel de centros sanitarios.

No ofrece información sobre por qué se producen problemas de agotamiento de existencias, ni sobre qué medicamentos antirretrovirales están o han estado agotados, ni tampoco sobre la duración de esas situaciones de agotamiento de medicamentos antirretrovirales o sobre la calidad de los sistemas de almacenamiento, entrega y distribución de medicamentos antirretrovirales.

Si existen situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, se deberá evaluar si el problema tiene su raíz en el sistema nacional de distribución o si tiene que ver con flujos financieros o con desabastecimientos mundiales de esos productos médicos. Deberá informarse de si la causa tiene que ver con previsiones de suministro, con el sistema de distribución o con otras cuestiones. Deberá aprovecharse la situación para determinar si el sistema de información de gestión logística está funcionando bien.

En algunas situaciones, la simple vigilancia de casos de desabastecimiento puede llevar a resultados equívocos, ya que una determinada instalación puede mantener reservas de stocks médicos y a la vez mantener una política de no despacharlos. Tales instalaciones sanitarias no se contabilizarán como centros que hayan experimentado situaciones de agotamiento de existencias utilizando esta definición del indicador, y ello incluso aunque los pacientes hayan dejado de recibir medicamentos requeridos para sus tratamientos. En entornos en que no se despachen stocks de reservas, resulta preferible recopilar información sobre agotamientos funcionales de existencias: es decir, informar de la incapacidad que existe para acceder o utilizar un medicamento antirretroviral necesario.

---

**Información adicional**

Harmonized monitoring and evaluation indicators for procurement and supply management systems. Early-warning indicators to prevent stock-outs and overstocking of antiretroviral, antituberculosis and antimalaria medicines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring\\_evaluation/en](http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/en)).

---

## 1.7 Mortalidad relacionada con el sida

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

---

### Qué mide

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

---

### Justificación

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

---

### Numerador

Número de personas que murieron por causas relacionadas con el sida en 2015

---

### Denominador

Población total independientemente del estado serológico respecto del VIH

---

### Cálculo

Numerador/denominador por 100.000

---

### Método de medición

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

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (<5, 5-14 y 15+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

### Información adicional solicitada

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

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

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

### Información adicional

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1)).

Software Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

---



## 2.1 Diagnóstico temprano en los recién nacidos

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

---

### Qué mide

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

---

### Justificación

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

---

### Numerador

Número de recién nacidos que reciben pruebas para el VIH dentro de los dos meses siguientes a su nacimiento durante el periodo del que se informa. Los recién nacidos que reciban esas pruebas deberán contabilizarse una única vez.

---

### Denominador

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

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

*Para el numerador.* Laboratorios de pruebas de diagnóstico para recién nacidos.

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

---

### Frecuencia de medición

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

---

### Desagregación

El numerador deberá ser desagregado según el resultado: positivo, negativo, indeterminado o rechazado para las pruebas.

---

### Explicación del numerador

Se recopilará sobre las bases de datos que tengan los laboratorios de pruebas diagnósticas para recién nacidos. El numerador deberá representar al número de recién nacidos que hayan recibido pruebas virológicas en los dos meses siguientes al nacimiento; no deberá representar el número de muestras sometidas a pruebas de VIH en los laboratorios. Los datos deberán agregarse sobre las bases de datos de los laboratorios. En los casos en que sea posible, deberán minimizarse los casos de doble contabilización cuando se agreguen los datos para producir datos a nivel nacional. El número de recién nacidos que reciban más de una prueba virológica durante los dos primeros meses de vida se prevé que sea bajo. Deberán hacerse esfuerzos para incluir todas las instalaciones sanitarias operadas por el sector público, por el sector privado y por ONG que estén ofreciendo pruebas sobre VIH para recién nacidos expuestos al VIH.

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

---

### Explicación del denominador

Se trata de una medición indirecta de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH. Pueden utilizarse dos métodos para hacer una estimación del denominador: un modelo de estimaciones, como es el software Spectrum, utilizando el resultado, el número de mujeres embarazadas que precisan de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil, como medición indirecta; o, si no están disponibles proyecciones de Spectrum, multiplicando el número total de mujeres que dan a luz en los 12 meses anteriores (el cual puede obtenerse de estimaciones sobre nacimientos de organismos estadísticos centrales o de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas (que puede derivarse del sistema de vigilancia prenatal en centros de atención prenatal y de los apropiados ajustes relativos a la cobertura de las encuestas sobre clínicas de atención prenatal).

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

---

---

### **Puntos fuertes y débiles**

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

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

La desagregación según resultados de las pruebas no puede utilizarse como medición indirecta de los índices mundiales de transmisión materno-infantil del VIH. Si la cobertura nacional global en diagnóstico infantil temprano o la cobertura de diagnóstico infantil temprano en los primeros dos meses de vida son bajas, los bajos índices de resultados positivos en esas pruebas entre los recién nacidos sometidos a ellas no indicarán necesariamente éxito de los programas, ya que la muestra no incluye a muchos otros niños que pueden estar infectados por el VIH.

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

---

### **Información adicional**

Progress reports on HIV (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en>).

Next generation indicators reference guide. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2013 (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>).

Measuring the impact of national preventing the mother-to-child transmission of HIV programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf)).

---

## 2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH

Porcentaje estimado de niños que contraen el VIH mediante transmisión maternoinfantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores

---

### Qué mide

Avances en la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH

---

### Justificación

Se han hecho esfuerzos para incrementar el acceso a intervenciones que pueden reducir significativamente la transmisión maternoinfantil del VIH, lo que incluye combinar regímenes profilácticos y de tratamiento con medicamentos antirretrovirales y fortalecer el asesoramiento sobre alimentación infantil. Es necesario evaluar el impacto de las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión maternoinfantil en la reducción del número de niños que contraen la infección del VIH por transmisión maternoinfantil.

El porcentaje reflejado de niños que viven con el VIH deberá incrementarse según se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión maternoinfantil y el uso de regímenes más eficaces.

---

### Numerador

Número de niños que contraen la infección por el VIH por transmisión maternoinfantil entre los niños nacidos en los 12 meses anteriores de mujeres que viven con el VIH.

---

### Denominador

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

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

La probabilidad de que se produzca la transmisión maternoinfantil del VIH difiere según el régimen de medicación antirretroviral que se reciba y las prácticas de alimentación infantil. La transmisión puede calcularse utilizando Spectrum. El programa informático Spectrum utiliza información sobre:

- La distribución de mujeres embarazadas que viven con el VIH que reciben diferentes regímenes antirretrovirales antes y durante el parto (periparto) según la categoría de CD4 de la madre.
- La distribución de mujeres y niños que reciben medicamentos antirretrovirales después del parto (posparto) según la categoría de CD4 de la madre.
- El porcentaje de niños que no son amamantados en programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH según la edad de los niños.
- Probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH atendiendo a las diversas categorías de regímenes de medicación antirretroviral y prácticas de alimentación infantil.
- El número estimado de mujeres que viven con el VIH que dan a luz.

La visualización de resumen sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los informes Spectrum da cuenta del índice nacional estimado de transmisión maternoinfantil del virus. Esta variable también puede calcularse en Spectrum dividiendo el número de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 14 años de edad que contraen el VIH entre el número de mujeres que necesitan servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

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

Para garantizar la comparabilidad, el resultado de Spectrum se utilizará para calcular este indicador para análisis mundial.

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

---

### Frecuencia de medición

Anualmente

---

### Desagregación

Ninguna

---

### Información adicional solicitada

Para garantizar la comparabilidad, el resultado de Spectrum se utilizará para calcular este indicador para análisis mundial.

Si se utilizan datos de programas, reporte los datos basados en cohortes de nacimientos iguales para el numerador y el denominador, y no según el año del diagnóstico.

Los usuarios tienen la opción de utilizar su estimación de Spectrum o introducir datos de población representativos a nivel nacional. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del software una vez que se finalice el archivo nacional.

---

---

### **Puntos fuertes y débiles**

*Puntos fuertes.* A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH estimando el impacto de los incrementos en la provisión de medicamentos antirretrovirales y del uso de regímenes más eficaces y prácticas óptimas de alimentación infantil. Este indicador permite a los países evaluar el impacto que tienen los programas de medicación antirretroviral sobre el número de niños que contraen el VIH estimando el índice de transmisión del VIH de mujeres que viven con el VIH a sus hijos. La estimación modelada permite estimar este valor, ya que capturar este valor mediante mediciones directas es casi imposible. La estimación basada en modelos permite superar tres dificultades.

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

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

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

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

---

### **Información adicional**

Publicaciones de la OMS sobre seguimiento y evaluación del VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

---

## 2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH

---

### Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante la provisión de medicamentos antirretrovirales. Este indicador permite a los países monitorear la cobertura de la provisión de medicamentos antirretrovirales entre mujeres embarazadas que viven con el VIH para reducir la transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo y el parto. Cuando se desagrega según regímenes, puede mostrar un acceso incrementado a regímenes antirretrovirales más eficaces para las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Dado que este indicador cuantifica habitualmente los medicamentos antirretrovirales dispensados y no los consumidos efectivamente, en la mayoría de los casos no puede determinarse con él el nivel de adhesión a los diferentes regímenes.

---

### Justificación

Facilitar medicamentos antirretrovirales (ya sea como terapia permanente o como profilaxis) para las madres durante el embarazo y el parto puede reducir significativamente el riesgo de transmisión maternoinfantil. Esto incluye la profilaxis farmacológica para el bebé y medicamentos antirretrovirales para la madre o el hijo si este es lactante y utilizar prácticas de parto seguro y también prácticas más seguras de alimentación infantil. Los datos se utilizarán para hacer un seguimiento de los avances habidos en relación con los objetivos mundiales y nacionales de eliminación de la transmisión maternoinfantil, para perfilar las políticas de actuación y la planificación estratégica, para la actuación de los grupos de promoción y para aprovechar recursos para acelerar su ampliación. Será de ayuda para cuantificar tendencias en la cobertura de profilaxis farmacológicas antirretrovirales y de los tratamientos, y, cuando se desagreguen según tipo de régimen, servirán también para evaluar los avances en la implementación de regímenes de terapias antirretrovirales más eficaces.

---

### Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz y recibido medicamentos antirretrovirales durante los anteriores 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH durante el embarazo y el parto. Los informes mundiales que sintetizan la cobertura de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH excluirán a mujeres que hayan recibido una dosis única de nevirapina, dado que ese se considera un régimen subóptimo. Sin embargo, los países deberían reportar este valor.

---

### Denominador

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

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

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

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

---

### Frecuencia de medición

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

---

### Desagregación

- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
- El numerador deberá ser desagregado según los seis regímenes generales que se describen seguidamente.

---

### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### Explicación del numerador

El numerador deberá desagregarse según las seis categorías siguientes (la OMS recomienda los tres primeros regímenes) para las mujeres embarazadas que viven con el VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH:

1. Mujeres que inician terapias antirretrovirales durante su embarazo en curso.
  2. Mujeres que recibían terapias antirretrovirales antes de su actual embarazo.
  3. Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS).
  4. AZT materna (componente de profilaxis durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS).
  5. Dosis única de nevirapina (con o sin cola) únicamente.
  6. Otras opciones (comentar: por ejemplo, especificar régimen, no clasificado, etc.).
-

## Desagregación por definiciones de regímenes

Categorías	Aclaración adicional	Ejemplos comunes
<p>Las dos primeras opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretroviral durante toda la vida (lo que incluye la Opción B+)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso.</li> <li>Mujeres que ya recibían el tratamiento antes de su embarazo</li> </ol>	<p>Un régimen basado en tres medicamentos que se propone ofrecer terapia antirretroviral para toda la vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas en el periodo del que se informa que inician terapias antirretrovirales para toda la vida.</li> <li>Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas durante el periodo del que se informa como pacientes que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral en su primera visita de atención prenatal.</li> </ol> <p>Si una mujer inicia una terapia antirretroviral para toda la vida durante el periodo del parto, sería contabilizada en la categoría 1.</p> <p>Si el número de mujeres que reciben terapias antirretrovirales no está disponible en el momento en que lo inician, ese número puede incluirse en la celda titulada número total de mujeres embarazadas que reciben terapias antirretrovirales para toda la vida.</p>	<p>Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TDF + 3TC + EFV.</li> <li>AZT + 3TC + NVP.</li> </ul>
<p>3. Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto)</p>	<p>Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión maternoinfantil iniciado durante el embarazo o a más tardar durante el periodo de parto o el parto mismo con la intención de suspenderlo a la conclusión del periodo de lactancia (o de suspenderlo tras el parto si no ha de haber periodo de lactancia).</p> <p>Si una mujer recibe un régimen antirretroviral basado en tres medicamentos por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TDF + 3TC + EFV</li> <li>AZT + 3TC + EFV</li> <li>AZT + 3TC + LPV/r</li> </ul>
<p>4. AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)</p>	<p>Un régimen profiláctico que utilice AZT (u otro inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa (INTI)) iniciado como más pronto a las 14 semanas de embarazo o como más tarde durante el periodo de parto o el parto mismo para prevenir la transmisión del VIH.</p> <p>Si una mujer recibe un régimen de medicación antirretroviral por primera vez en el periodo del parto o en el parto mismo, sería contabilizada en esta categoría si el centro sanitario está implementando la Opción A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto</li> <li>AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto + cola posparto de 7 días de AZT + 3TC</li> </ul>
<p>5. Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La nevirapina es el único régimen provisto a una mujer embarazada que vive con el VIH durante el embarazo, el periodo de parto o el parto mismo</li> </ul> <p>No deberá contabilizarse como nevirapina de dosis única si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La nevirapina se suministra como parte de la Opción A durante el embarazo.</li> <li>o</li> <li>Una mujer embarazada que vive con el VIH inicia la opción A, B o B+ en el periodo de parto o en el parto mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nevirapina en dosis única para la madre al inicio del periodo del parto</li> <li>Dosis única de nevirapina + 7 días de AZT + cola de 3TC únicamente</li> <li>Dosis única de nevirapina para la madre al inicio del periodo del parto y dosis única de nevirapina para el bebé únicamente</li> </ul>

**El numerador deberá coincidir con los valores incluidos en Spectrum o, en caso contrario, se remitirá de forma automática una consulta en que se solicitará que el equipo haga que esos valores coincidan.**

Monitoreo Global del Sida	Spectrum
1. Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso.	Opción B+: terapia antirretroviral iniciada durante el embarazo actual (independientemente del número de semanas que falten para el parto)
2. Mujeres que ya recibían el tratamiento antes de su embarazo	Opción B+: terapia antirretroviral iniciada durante el embarazo actual
3. Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto)	Opción B: profilaxis triple desde las 14 semanas
4. AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto).	Opción A: AZT materna

---

5. Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto	Dosis única de nevirapina
6. Otros (normalmente limitado a países que todavía provean AZT materna iniciada en fases tardías del embarazo)	AZT materna de acuerdo con las directrices de la OMS 2006. Spectrum requiere datos sobre regímenes históricos. Esta categoría se mantiene para describir los regímenes provistos en años anteriores.

---

**Explicación del denominador**

Pueden utilizar dos métodos para hacer una estimación del denominador: un modelo de estimaciones, como es el software Spectrum, utilizando el resultado: el número de mujeres embarazadas que precisan de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil; o, si no están disponibles estimaciones de Spectrum, multiplicando el número total de mujeres que dan a luz en los 12 meses anteriores (el cual puede obtenerse de estimaciones sobre nacimientos de organismos estadísticos centrales, de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o de sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas (que puede derivarse del sistema de vigilancia centinela en centros de atención prenatal y de los apropiados ajustes relativos a la cobertura de las encuestas sobre centros de atención prenatal).

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

---

**Puntos fuertes y débiles**

Se alienta a los países a hacer un seguimiento e informar del número de mujeres que reciben los diferentes regímenes de forma que pueda modelarse el impacto de los medicamentos antirretrovirales sobre la transmisión maternoinfantil atendiendo a su eficacia. Si los países no tienen un sistema para recopilar y reportar esos datos, deberían instaurarlo. Deberán realizarse esfuerzos para eliminar los casos de mujeres capturadas dos veces en esos sistemas de información.

---

**Información adicional**

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

Publicaciones de la OMS sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>).

Publicaciones de la OMS sobre seguimiento y evaluación del VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

---

## 2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas

Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que fueron sometidas a la prueba de sífilis, que tuvieron resultado positivo, y que recibieron tratamiento

---

### Qué mide

- A. Cobertura de pruebas sobre sífilis en mujeres que recibieron servicios de atención prenatal
- B. Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal con una serología de sífilis (reactiva) positiva.
- C. Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva que recibieron tratamiento adecuado.

---

### Justificación

- A. Someter a las mujeres embarazadas a pruebas sobre sífilis en las primeras fases del embarazo resulta importante para su salud y la de sus hijos. Ello contribuye a supervisar la calidad de los servicios de atención prenatal y de los servicios dirigidos a la prevención del VIH entre las mujeres embarazadas. También es un indicador sobre procesos para evaluar la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.
- B. Las infecciones por sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal pueden utilizarse para orientar programas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y pueden servir de alerta temprana sobre potenciales cambios en la transmisión del VIH entre la población general.
- C. Tratar a las mujeres que reciben servicios de atención prenatal que dan positivo en las pruebas de sífilis sirve para cuantificar el programa para la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis y los esfuerzos para fortalecer la prevención primaria del VIH. También es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.

---

### Numerador

- A. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre sífilis
- B. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis
- C. Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis que recibieron como mínimo una dosis de penicilina benzatina 2,4 millones de unidades intramuscularmente

---

### Denominador

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

---

### Cálculo

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

---

### Método de medición

- A. Todas las mujeres embarazadas deberán ser sometidas a pruebas de detección de sífilis en su primera visita a centros de atención prenatal. Idealmente, los países informarán sobre las pruebas que se hagan en cualquier visita y sobre las que se realicen en la primera visita de cada mujer embarazada. Los países que no tengan posibilidad de distinguir entre las pruebas realizadas en primeras visitas y las pruebas realizadas en cualquier visita deberán informar también de este indicador, aunque cerciorándose de que se recogen claramente los datos como correspondientes a cualquier visita. Este indicador deberá cuantificarse anualmente.  
  
Las pruebas de detección pueden incluir pruebas no treponémicas que miden los anticuerpos reagínicos (como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)) o pruebas de reagin plasmática rápida (RPR) o pruebas treponémicas que miden los anticuerpos treponemales (como es la prueba de hemaglutinación del *Treponema pallidum* (TPHA), la prueba de aglutinación de partículas para *Treponema pallidum* (TPPA), inmunoensayo enzimático o pruebas treponemales rápidas). Para este indicador, contar con un único tipo de test es suficiente, aunque resulta preferible contar con ambas pruebas. Deberá indicarse en la sección para comentarios y observaciones cuál es el tipo de pruebas que se utilizan generalmente en el país. El tipo de prueba se incluye en el análisis de los datos.  
  
Idealmente, deberán utilizarse registros sobre programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si tales datos no están disponibles, puede informarse sobre sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales si se consideran representativos de la situación nacional. Deberán especificarse las fuentes y cobertura de los datos que utilice el país (como son datos de programas nacionales de las 12 provincias) en la sección para observaciones y comentarios.
- B. La positividad a la sífilis pueden medirse utilizando pruebas no treponemales (por ejemplo, RPR o VDRL) o pruebas treponemales (TPHA, TPPA o inmunoensayo enzimático o diversas pruebas rápidas de entre las que estén disponibles), o, idealmente, una combinación de ambos tipos de pruebas. Una prueba no treponemal reactiva, especialmente si el título es alto, sugiere una infección activa, mientras que la positividad con una prueba treponemal indica infecciones previas, aunque estas hayan sido tratadas con éxito. A los efectos de este indicador (que se propone cuantificar la seropositividad), resulta aceptable informar de la positividad sobre la base de un único resultado de pruebas. Si están disponibles a la vez resultados de pruebas treponemales y no treponemales sobre una determinada persona, deberá definirse la positividad a la sífilis como resultado positivo en ambas pruebas.  
  
La prueba treponemal rápida ha permitido realizar pruebas en entornos sin capacidades de laboratorio, lo que ha permitido incrementar en gran manera el número de mujeres que pueden someterse a pruebas sobre sífilis y recibir el correspondiente tratamiento durante el embarazo. Los datos deberán recopilarse anualmente. Resulta importante dar cuenta de cuál es el tipo de pruebas que se utilizan generalmente en el país. El tipo de prueba se incluye en el análisis de los datos.  
  
Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias, vigilancia centinela o encuestas especiales, utilizando pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y/o treponemales. En la sección para comentarios y observaciones deberá especificarse la fuente y cobertura de los datos del país: por ejemplo, vigilancia centinela de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en 2 de las 10 provincias. Además deberá especificarse qué tipo de prueba se utiliza generalmente en el país para definir la positividad en mujeres embarazadas: por ejemplo, pacientes positivas a pruebas no treponemales (RPR o VDRL), a pruebas treponemales (pruebas rápidas o TPPA), a ambas pruebas, o desconocido.  
  
Se alienta a los países a utilizar identificadores o registros únicos que permitan separar primeras pruebas de pruebas subsiguientes, de forma que los datos reflejen la verdadera prevalencia o incidencia de la enfermedad y no los resultados positivos en las pruebas de este tipo.  
  
Dado que la mayor parte de los países tendrán datos procedentes de diversos tipos de pruebas, el subanálisis (desagregación) entre mujeres de entre 15 y 24 años de edad puede incrementar las probabilidades de que la positividad en las pruebas refleje infecciones recientes.



---

C. Los datos deberán recopilarse anualmente. La seropositividad a pruebas treponemales o a pruebas no treponemales es suficiente para que se considere la positividad a la sífilis para este indicador.

Idealmente, deberán utilizarse registros sobre programas nacionales agregados sobre datos de instalaciones sanitarias. Sin embargo, si no están disponibles datos sobre programas nacionales, puede informarse sobre sistemas de vigilancia centinela o encuestas especiales si se consideran representativos de la situación nacional. Deberán especificarse las fuentes y cobertura de los datos que utilice el país (como son datos de programas nacionales de las 12 provincias) en la sección para observaciones y comentarios.

---

#### **Frecuencia de medición**

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

---

#### **Desagregación**

A. Prueba en cualquier visita, prueba en primera visita

B. Edad (15-24 años y 25+ años)

C. Ninguna

---

#### **Información adicional solicitada**

Se deberán hacer observaciones sobre si los datos que se estén facilitando son datos de programas rutinarios que se consideran representativos de todo el país y qué tipos de pruebas se utilizaron para definir la positividad para las mujeres que asistieron a servicios de atención prenatal: por ejemplo, pruebas no treponemales, pruebas treponemales, pacientes con resultado positivo en ambas pruebas, resultado mixto, o desconocido.

---

#### **Puntos fuertes y débiles**

A. Los países también pueden supervisar la semana de embarazo en que se encuentra cada mujer que se someta a las pruebas. La prevención de la sífilis congénita requiere pruebas en las primeras fases del embarazo, ya que pueden producirse alumbramientos de mortinatos en el segundo trimestre. Tener conocimiento de que las mujeres se están sometiendo a estas pruebas en fases avanzadas del embarazo indicará que esas mujeres no están accediendo pronto a servicios de atención prenatal o que las pruebas se están ejecutando en estadios avanzados del embarazo.

Los programas con que se sometan a pruebas a las mujeres de forma separada para la sífilis y el VIH deberán trabajar conjuntamente para potenciar la eficacia del trabajo.

*Mundialmente.* Examinar tendencias a lo largo del tiempo para evaluar los avances en los niveles propuestos de cobertura en las pruebas requeridas para eliminar la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Los conocimientos que se tengan sobre políticas y prácticas sobre este tipo de pruebas deberán utilizarse para interpretar las tendencias que haya en esa cobertura. Los datos sobre pruebas en mujeres embarazadas que asisten a servicios de atención prenatal pueden combinarse después con datos sobre asistencia a servicios de atención prenatal para estimar la cobertura mundial de las pruebas sobre sífilis entre mujeres embarazadas.

*Localmente.* Los datos pueden utilizarse para identificar a centros médicos que no estén implementando plenamente la política de actuación nacional sobre esta materia.

B. Los datos sobre positividad a sífilis entre mujeres embarazadas están disponibles en la mayor parte de los países a través de procesos de información de rutina del sistema sanitario.

Las diferencias en los tipos de pruebas utilizadas o cambios en su práctica pueden afectar a los datos. Deberán utilizarse los conocimientos que se tengan sobre las prácticas nacionales sobre estas pruebas (como es la proporción registrada de pruebas treponemales en relación con las pruebas no treponemales) para interpretar tendencias sobre esta enfermedad.

*Mundial y regionalmente.* Estimar la mortalidad y morbilidad perinatales causada por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Identificar áreas con mayor necesidad de amplias intervenciones de prevención de la sífilis congénita. Los datos se utilizan para estimar la incidencia y prevalencia de la sífilis.

*Localmente.* Hacer un seguimiento de las tendencias que se presentan a lo largo del tiempo para evaluar cambios en la carga de prevalencia de la enfermedad y la necesidad de programas para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Los datos se utilizan para estimar la incidencia y prevalencia de la sífilis.

*Todos los niveles.* Comparar datos sobre tendencias en materia de sífilis y VIH para buscar avisos precoces sobre riesgo incrementado de transmisión del VIH.

C. Los datos sobre tratamiento de la sífilis entre las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal con frecuencia se supervisan de forma rutinaria en las instalaciones sanitarias.

Recopilar datos sobre tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración con programas de atención materna e infantil para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional.

A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina. Tratar a las mujeres embarazadas con cuadros de sífilis con una inyección única de 2,4 millones de unidades de penicilina benzatina antes de las 24 semanas de edad gestacional es suficiente para prevenir la transmisión maternoinfantil de la sífilis. Sin embargo, se recomiendan tres inyecciones a intervalos semanales para tratar cuadros de sífilis latentes y evitar sífilis terciaria en la madre.

*Mundial, regional y localmente.* Estimar la eficacia del programa para la reducción de la morbilidad y la mortalidad perinatales asociadas a la sífilis.

*Localmente.* Identificar áreas que precisen de asistencia para implementar programas o recursos adicionales.

*Todos los niveles.* Los conocimientos que se tengan sobre políticas y prácticas terapéuticas deberán utilizarse para interpretar las tendencias que haya en el tratamiento.

---

#### **Información adicional**

National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596831/en>).

Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503020/en>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

---

## 2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

Porcentaje de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

---

### Qué mide

Avances en la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis

---

### Justificación

Las infecciones por sífilis no tratadas durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de que la madre y su hijo transmitan o adquieran el VIH, aunque también pueden dar lugar a partos de mortinatos, muerte neonatal y enfermedad congénita (cuadros que se definen colectivamente como sífilis congénita). Dada la alta eficacia, la sencillez y el bajo coste de las pruebas y del tratamiento de la sífilis, se han lanzado iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión maternoinfantil de esta enfermedad. El índice de sífilis congénita es una medición del impacto de intervenciones programáticas dirigidas a eliminar la transmisión maternoinfantil de la enfermedad.

---

### Numerador

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

---

### Denominador

Número de partos en que el bebé nace vivo

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina. Es importante que se indique en la sección para comentarios y observaciones la definición de los casos de sífilis congénita que se utilice en el país.

---

### Frecuencia de medición

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

---

### Desagregación

Ninguna

---

### Información adicional solicitada

Los países también deberán comentar cualesquiera posibles diferencias importantes entre la definición nacional de los casos y la definición mundial de casos de vigilancia, que está disponible en la página 15 del siguiente documento: Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html>).

En particular, los países deberán hacer constar si su definición nacional de casos contabiliza los partos de mortinatos.

---

### Puntos fuertes y débiles

El diagnóstico de la sífilis congénita es más fiable cuando se utilizan pruebas diagnósticas específicas, que en escasas ocasiones están disponibles incluso en países de ingresos altos. En la mayor parte de los países, en consecuencia, el diagnóstico se basa en el historial y examen clínicos, lo que hace que las actuaciones de vigilancia ofrezcan dificultades. Aunque la OMS tiene una definición mundial de casos para finalidades de vigilancia, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones.

Es importante que los países, cuando informen sobre casos de sífilis, den cuenta de la medida en que los datos que utilicen se consideran representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Dadas las dificultades asociadas al diagnóstico de la sífilis congénita y dependiendo de la definición de casos que se utilice, pueden producirse casos de informes con datos sobre o subdimensionados. La posible magnitud de tales errores en los informes deberá tenerse en cuenta siempre cuando se consideren los índices de sífilis congénita. Sin embargo, utilizar una definición de casos coherente puede hacer útiles las tendencias a lo largo del tiempo.

---

### Información adicional

Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44790>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

---

### 3.1 Incidencia del VIH

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

---

#### Qué mide

Avances para poner fin a la epidemia de sida

---

#### Justificación

El objetivo fundamental de la respuesta mundial al sida es reducir el número de personas que contraen la infección por VIH a menos de 200.000 personas para el año 2030. Supervisar el índice de personas que contraen la infección a lo largo del tiempo sirve para cuantificar los progresos que se hacen en la consecución de este objetivo. Este indicador es uno de los 10 indicadores mundiales que se incluyen en las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS.

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Tasa:  $(\text{Numerador} \times 1.000) / \text{denominador}$

---

#### Método de medición

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

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

---

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

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

Los datos desagregados de que se informe para el numerador deberán utilizarse para supervisar los avances en la eliminación de nuevas infecciones infantiles y para reducir el número de infección por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año.

---

#### Frecuencia de medición

Anualmente

---

#### Desagregación

- Sexo (hombres y mujeres)
  - Edad (0-14 años, 15-24 años, 25-49 años y 50+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
-

---

**Información adicional solicitada**

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

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

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

**Puntos fuertes y débiles**

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

---

**Información adicional**

Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1)).

Software Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

---

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

---

### Qué mide

Número de personas que participan en un determinado comportamiento o conducta que coloca a ese grupo de población en situación de alto riesgo de transmisión del VIH o como medición indirecta de esos tipos de conductas.

- A. Profesionales del sexo
  - B. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
  - C. Personas que usan drogas inyectables
  - D. Personas transgénero
  - E. Presos
- 

### Justificación

La planificación de programas para grupos de población clave puede ser más eficaz si se estiman de forma precisa las dimensiones de esos grupos de población. Esas cifras permiten a los programas nacionales sobre sida, a los diferentes ministerios de sanidad, a los donantes y a las organizaciones no gubernamentales y multilaterales asignar de forma eficiente recursos con que dar respuesta adecuada a las necesidades de grupos de población concretos que se hallan en situación de alto riesgo. Las estimaciones sobre esas dimensiones poblacionales son también importantes para modelar la epidemia del VIH.

---

### Numerador

No aplicable

---

### Denominador

No aplicable

---

### Cálculo

No aplicable

---

### Método de medición

Están disponibles diversos métodos de estimación, como son captura-recaptura, multiplicadores de servicios o escalamiento de redes. Véase para ulterior información la sección que se incluye seguidamente sobre datos específicos.

---

### Frecuencia de medición

El tamaño poblacional deberá estimarse cada cinco años. Sin embargo, en cualquier momento en que se implemente una encuesta bioconductual integrada, deberán incorporarse estimaciones sobre esas dimensiones, aunque solo sea para añadirlas a la base de datos para confirmar o perfeccionar estimaciones.

---

### Desagregación

- Según grupos de población clave (profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y presos).
  - Estimar tamaño poblacional según edad o sexo resulta generalmente poco práctico. Sin embargo, si una determinada encuesta cuantifica las mujeres que usan drogas inyectables o los profesionales masculinos del sexo, por ejemplo, deberá incluir una estimación sobre dimensiones.
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
- 

### Información adicional solicitada

Para poder comprender mejor las estimaciones sobre tamaño poblacional, se solicita que se incluya la siguiente información en el espacio incluido para comentarios y observaciones:

- Definición utilizada para la población.
- Método utilizado para obtener la estimación del tamaño.
- Estimaciones específicas para centros para todas las estimaciones disponibles.

De forma conforme con los esfuerzos para ofrecer presentaciones de datos más granulares, esto último ofrecerá la oportunidad de correlacionar los datos del denominador con datos de programas si estos se recopilan sobre las mismas áreas de encuesta.

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de estimaciones de tamaño de poblaciones que estén disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

### Puntos fuertes y débiles

La calidad de las estimaciones sobre dimensiones poblacionales varía dependiendo de los métodos que se utilicen y de la fidelidad con que se implementen los métodos que correspondan. Deberán llevarse a cabo todos los esfuerzos necesarios para evaluar posibles sesgos y ajustar las estimaciones consecuentemente, e incluir las correspondientes explicaciones. Las estimaciones sobre dimensiones poblacionales correspondientes a pequeñas áreas no deberán presentarse como estimaciones nacionales. Deberá utilizarse un enfoque racional para la extrapolación, y explicarse ese enfoque, o bien deberán enviarse estimaciones de áreas reducidas para las áreas relevantes explícitamente.

---

### Información adicional

Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y UNUSIDA; 2010 ([http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final\\_estimating\\_populations\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf)).

---

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

Porcentaje de grupos de población clave específicos que viven del VIH

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

- A. Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo
- B. Prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- C. Prevalencia del VIH en personas que usan drogas inyectables
- D. Prevalencia del VIH entre las personas transgénero
- E. Prevalencia del VIH entre los presos

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

- A. Los profesionales del sexo tienen típicamente una más alta prevalencia del VIH que la población general tanto en epidemias concentradas como en epidemias generalizadas. En muchos casos la prevalencia entre este grupo de población puede llegar a ser más del doble que la que se da entre la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo es una medida de importancia esencial para evaluar la respuesta al VIH a nivel nacional.
- B. Típicamente los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres presentan la más alta prevalencia del VIH en países que sufren epidemias concentradas y también en los casos de epidemias generalizadas. En muchos casos la prevalencia entre este grupo de población puede llegar a ser más del doble que la que se da entre la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es una medida de importancia esencial para evaluar la respuesta al VIH a nivel nacional.
- B. Típicamente las personas que usan drogas inyectables presentan una alta prevalencia del VIH en países que sufren epidemias concentradas y también en los casos de epidemias generalizadas. En muchos casos la prevalencia entre este grupo de población puede llegar a ser más del doble que la que se da entre la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre las personas que usan drogas inyectables es una medida de importancia esencial para evaluar la respuesta al VIH a nivel nacional.
- D. Las comunidades de personas transgénero muchas veces presentan una mayor prevalencia del VIH que la población general, en muchos entornos. En muchos casos, entre estas personas la prevalencia del VIH es de más del doble de la que presenta la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre las personas transgénero es una medida importante a la hora de supervisar la respuesta nacional al VIH.
- E. En muchos casos la prevalencia del VIH entre presos es mayor que la que se da entre la población general. Dar respuesta al VIH entre los presos es un importante componente de la respuesta nacional frente al VIH.

Los países con epidemias generalizadas también pueden tener subepidemias concentradas entre uno o más grupos de población clave en situación de más alto riesgo. Si esa es la situación, calcular y dar cuenta de este indicador sobre esos grupos de población resultará de utilidad para ellos.

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

A–D. UNAIDS and WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines among populations most at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2011.

Este indicador se calcula utilizando datos sobre pruebas del VIH realizadas entre encuestados en los centros centinela o entre participantes en encuestas bioconductuales.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

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

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

- A, C, D y E: género (hombre, mujer y transgénero)
- A–E: edad (<25 años y 25+ años)
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

### Información adicional solicitada

**A-E:** Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

### Puntos fuertes y débiles

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

Si están disponibles estimaciones sobre la prevalencia, desagregadas por periodos de ejercicio del trabajo sexual, de actividad sexual con otros hombres o de consumo de drogas intravenosas durante más de un año y durante menos de un año, se alienta encarecidamente a los países a dar cuenta de esa desagregación en su informe de país sobre avances en la respuesta al sida y a utilizar el campo para observaciones y comentarios que se incluye en la herramienta de presentación de informes para hacer que este indicador cuente con estimaciones desagregadas.

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

Comprender la forma en que las poblaciones muestreadas se relacionan con poblaciones más amplias que comparten comportamientos de alto riesgo resulta esencial para interpretar este indicador. El periodo durante el que las personas pertenecen a un determinado grupo de población clave está más estrechamente relacionado con el riesgo de contraer el VIH que la edad. En consecuencia, resulta deseable no restringir el análisis a personas jóvenes sino informar también sobre los otros grupos de edad.

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

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

En previas rondas de presentación de informes, diversos países han dado cuenta de la prevalencia del VIH entre subpoblaciones de mujeres transgénero en el campo incluido para comentarios y observaciones en la herramienta en línea para el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Ello demuestra que resulta viable obtener datos en diferentes entornos.

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

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

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

---

### Información adicional

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

Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

---

### 3.4 Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre grupos de población clave (A-D)

Porcentaje entre los integrantes de un grupo de población clave que conoce su estado serológico

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre profesionales del sexo
- B. Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- C. Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre las personas que usan drogas inyectables
- D. Conocimiento del estado serológico respecto del VIH entre las personas transgénero

---

#### Qué mide

Avances en la provisión de servicios de pruebas para el VIH entre quienes integran grupos de población clave que viven con el VIH y de cuantificarlos en relación con el "primer 90" del objetivo 90-90-90: el porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.

---

#### Justificación

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

---

#### Numerador

Número de personas en grupos de población clave que respondieron afirmativamente a la pregunta A

---

#### Denominador

Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta A

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

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

Conocer el estado serológico significa responder afirmativamente a la pregunta A y positivo a C, o afirmativamente a la pregunta A, 1 o 2 a B, y negativo a C.

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

- A, C y D: Género (hombres, mujeres y transgénero)
- A-D: Edad (<25 años y 25+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia



---

**Información adicional solicitada**

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

**Puntos fuertes y débiles**

Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH son el primer paso necesario para dar respuesta a la infección por el VIH que sufra cada persona. Las personas que viven con el VIH deben tener conocimiento de su estado serológico y emprender medidas subsiguientes sobre servicios de prevención y tratamiento con que prevenir la transmisión del virus. Los programas nacionales se proponen conseguir que un 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico. Se informa de este indicador en relación con el "primer 90" del objetivo 90-90-90. La revisión de este indicador fortalece su significación, ofreciendo una medición más válida de los avances para garantizar que las personas afectadas por la epidemia del VIH se sometan a pruebas médicas. Al utilizar como utilizaba un periodo de referencia de 12 meses, el anterior indicador sobre estas pruebas médicas dejaba de capturar a personas de las que se conocía que llevaban viviendo con el VIH durante periodos prolongados. Esta nueva formulación corrige este fallo.

La nueva formulación establecida para esta pregunta puede no ser implementada plenamente en muchas encuestas por el momento, lo que llevará a corto plazo a una reducción de la información recopilada. Los encuestados pueden mostrarse renuentes a responder preguntas sobre su estado serológico, lo que puede llevar a una infravaloración de la cobertura de las pruebas entre personas que viven con el VIH.

---

**Información adicional**

United States Centers for Disease Control and Prevention, OMS, ONUSIDA, FHI 360. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; de próxima publicación.

---

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

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

Este indicador se divide en cinco subindicadores:

- A. Cobertura de terapias antirretrovirales entre profesionales del sexo que viven con el VIH
- B. Cobertura de terapias antirretrovirales entre los hombres que tienen relaciones con hombres y que viven con el VIH
- C. Cobertura de terapias antirretrovirales entre personas que usan drogas inyectables y que viven con el VIH
- D. Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas transgénero que viven con el VIH
- E. Cobertura de terapias antirretrovirales entre los presos que viven con el VIH

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

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

En los últimos años las directrices sobre elegibilidad para terapias antirretrovirales han cambiado en diversas ocasiones. Las directrices nacionales no siempre encajan con las directrices mundiales. Como consecuencia de ello, se ha venido informando de la cobertura de terapias antirretrovirales utilizando diversas definiciones, en ocasiones atendiendo a directrices mundiales, a directrices nacionales o a ambos tipos de directrices. Cuando se modifican directrices para ampliar la elegibilidad entre las personas que viven con el VIH, las estimaciones sobre cobertura se reducirán. Para evitar valores múltiples sobre cobertura de terapias antirretrovirales, el número de personas que viven con el VIH que forman parte de grupos de población clave que reciben terapias antirretrovirales se presentará en relación con el número total de personas que viven con el VIH que forman parte de esos grupos de población clave.

Este indicador se alineará con el indicador sobre cobertura de terapias antirretrovirales entre todas las personas que viven con el VIH.

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

Número de encuestados que viven con el VIH

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Encuestas bioconductuales

La mayor parte de los programas de tratamiento no recopilan riesgos conductuales en los gráficos médicos, por lo que los datos de programas son de uso limitado.

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

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

A-E: Edad (<25 años y 25+ años)

- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita.

Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

---

**Puntos fuertes y débiles**

Este es un nuevo indicador, que reconoce la importancia de la terapia antirretroviral y la necesidad de conseguir la igualdad en el acceso a esas terapias. No ha venido siendo una pregunta estándar en las encuestas bioconductuales. Sin embargo, cada vez se plantea más en las encuestas, también en las encuestas a hogares. Los programas de tratamiento no recopilan datos sobre comportamiento de riesgo y, en consecuencia, no abarcan fuentes rutinarias para esa información. Los datos sobre distribución de los tratamientos permiten cuantificar el "segundo 90" del objetivo 90-90-90 y ofrecer información para la promoción de la igualdad en el acceso a tratamiento para todas las comunidades de grupos de población clave.

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

---

**Información adicional**

United States Centers for Disease Control and Prevention, OMS, ONUSIDA, FHI 360. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; de próxima publicación.

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>).

---

### 3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

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

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

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

En los casos en que ello sea posible, los datos sobre profesionales del sexo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población.

El acceso a los profesionales del sexo y los datos que se hayan recopilado sobre ellos deberán permanecer confidenciales y protegerse.

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

- Género (mujeres, hombres y transgénero)
  - Edad (<25 años y 25+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

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

En previas rondas de presentación de informes, diversos países han dado cuenta del uso del preservativo entre subpoblaciones de mujeres transgénero en el campo adicional incluido para comentarios en la herramienta en línea del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Ello demuestra que resulta viable obtener datos en diferentes entornos.

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

---

---

**Información adicional**

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

---

### 3.6B Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

El uso del preservativo puede reducir sustancialmente el riesgo de transmisión sexual del VIH. El uso sistemático y correcto del preservativo es importante, en consecuencia, para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por el alto riesgo de transmisión del VIH asociado a los actos de sexo anal practicados sin protección. Además, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también pueden tener parejas femeninas, que también podrían infectarse. El uso del preservativo con la última pareja masculina se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

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

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

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

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

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

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

- Edad (<25 años y 25+ años)
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

Para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo durante la última relación sexual anal con cualquier pareja informa adecuadamente sobre los niveles mundiales y las tendencias en sexo protegido y no protegido dentro de este grupo de población.

Este indicador no ofrece información sobre comportamiento de riesgo en relaciones sexuales con mujeres entre los hombres que tienen relaciones sexuales con tanto mujeres como hombres. En países en que los hombres incluidos en el subgrupo de población estudiado es probable que tengan parejas de ambos sexos, deberá investigarse el uso del preservativo con parejas femeninas y también con las masculinas. En esos casos, los datos sobre uso del preservativo deberán presentarse siempre de forma separada para parejas masculinas y femeninas.

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

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

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

---

**Información adicional**

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

---

### 3.6C Uso del preservativo entre las personas que usan drogas inyectables

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

---

#### Qué mide

Avances en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre las personas que usan drogas inyectables

---

#### Justificación

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

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

---

#### Numerador

Número de personas que usan drogas inyectables que reportan haber utilizado el preservativo en la última ocasión en que tuvieron relaciones sexuales.

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Se plantea ante las personas que usan drogas inyectables la siguiente secuencia de preguntas:

1. ¿Se ha inyectado usted drogas en cualquier momento del último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿ha mantenido relaciones sexuales en el último mes?

Si la respuesta es afirmativa tanto para la pregunta 1 como para la 2:

3. ¿Utilizó usted el preservativo en la última ocasión en que mantuvo relaciones sexuales?

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

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

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

- Género (mujeres, hombres y transgénero)
  - Edad (<25 años y 25+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

---



---

**Información adicional**

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

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

---

### 3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

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

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

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

Número de personas transgénero encuestadas

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

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

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

El acceso a las personas transgénero y los datos que se hayan recopilado sobre ellas deberán permanecer confidenciales y protegerse.

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

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

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

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

En previas rondas de presentación de informes, diversos países han dado cuenta del uso del preservativo entre subpoblaciones de mujeres transgénero en el campo adicional incluido para comentarios en la herramienta en línea del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Ello demuestra que resulta viable obtener datos en diferentes entornos.

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

---

---

**Información adicional**

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

---

### 3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A–E)

Cobertura de los programas de prevención del VIH: porcentaje de personas de un grupo de población clave que dan cuenta de haber recibido un conjunto combinado de intervención para la prevención del VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo
- B. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- C. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que usan drogas inyectables
- D. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas transgénero

---

#### Qué mide

Personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido como mínimo dos intervenciones para la prevención del VIH en los anteriores tres meses

---

#### Justificación

Una respuesta exitosa a la epidemia del VIH requiere combinar las conductas preventivas con la terapia antirretroviral. La cobertura con programas de prevención basados en evidencia es un componente esencial de la respuesta frente al sida, cuya importancia queda reflejada en la Estrategia del ONUSIDA.

---

#### Numerador

Número de personas de grupos de población clave que informan haber recibido dos o más de las actuaciones preventivas que se enumeran

---

#### Denominador

Número de personas incluidas en grupos de población clave encuestadas

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Existen dos formas de cuantificar este indicador. Se alienta a informar tanto sobre datos de programas como sobre datos de encuestas.

##### Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

Porcentaje de encuestados que reportan haber recibido como mínimo dos de los siguientes servicios de prevención del VIH a través de ONG, proveedores sanitarios u otras fuentes:

- En los últimos tres meses, ¿se le han facilitado a usted preservativos y lubricante? (por ejemplo, a través de servicios de extensión, centros de servicios o centros médicos de salud sexual)
- En los tres últimos meses, ¿ha recibido usted asesoramiento sobre el uso del preservativo y prácticas sexuales seguras? (por ejemplo, a través de servicios de extensión, centros de servicios o centros médicos de salud sexual)
- ¿Se ha sometido usted en los últimos tres meses a pruebas para la detección de infecciones de transmisión sexual? (profesionales del sexo, personas transgénero y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)
- ¿Ha recibido usted agujas y jeringuillas nuevas y limpias en los últimos tres meses? (personas que usan drogas inyectables)

##### Datos de programas

Número de profesionales del sexo alcanzados por intervenciones de prevención del sida a nivel de grupo de pequeño alcance y/o individuales concebidas para la población objetivo y número de preservativos distribuidos entre profesionales del sexo

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o personas transgénero alcanzados por intervenciones de prevención del sida a nivel de grupo de pequeño alcance y/o individuales concebidas para la población objetivo y número de preservativos + lubricante distribuidos entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Número de personas que usan drogas inyectables alcanzadas por intervenciones de prevención del sida a nivel de grupo de pequeño alcance y/o individuales concebidas para la población objetivo y número de agujas y jeringuillas distribuidas entre personas que usan drogas inyectables

Más, [3.7.1] Número de centros de provisión de servicios dedicados a grupos de población clave por área administrativa

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

- Para encuestas: edad (<25 y 25+ años) y género (hombre, mujer y transgénero)
- Para datos de programas: ninguna

---

### **Puntos fuertes y débiles**

Los datos de encuestas ofrecen la oportunidad de cuantificar el nivel de uso por parte de las personas de los diferentes servicios de intervención. Este indicador acorta el periodo de referencia porque los diferentes grupos de población deben acceder regularmente a los servicios y los comportamientos de riesgo también tienen ese carácter sostenido en el tiempo. Los puntos débiles asociados con los datos de las encuestas tienen que ver con sesgos en las muestras o en las respuestas y con la limitada cobertura de la información.

Los datos de programas ofrecen un panorama nacional de la medida en que los programas están ofreciendo servicios nacionalmente. Los datos de programas reflejan un compromiso nacional con la prestación de servicios entre las comunidades de grupos de población clave. Los datos de programas no reflejan bien a las personas a las que se ofrecen los servicios en cuestión. Por lo general, no pueden deduplicarse los datos. Además, el análisis de dos conjuntos separados de datos de programas únicamente puede considerarse ecológicamente. Es decir, podemos ver el número de personas con que se ha contactado a través de los programas y podemos ver el número de preservativos suministrados a través de los programas, pero no podemos saber qué personas de entre aquellas con las que se ha entrado en contacto han recibido los preservativos.

---

### **Información adicional solicitada**

Los centros de provisión de servicios concebidos específicamente para uno o más grupos de población clave muestran el compromiso por prestar servicios sensibles a los diferentes contextos entre comunidades que muchas veces están estigmatizadas. Deberá facilitarse el número total de tales centros y el número total de áreas de primer nivel administrativo (por ejemplo, estado/provincia) y de segundo nivel administrativo (condado/distrito) que han tenido como mínimo un servicio y el número total correspondiente al país. Por el ejemplo, el País A informa de 10 programas sobre distribución de agujas y jeringuillas, aplicados sobre 5 provincias. En el País A hay 7 provincias. Si se conoce ese valor, deberá informarse de si el centro de que se trate es operado por el programa nacional (gobiernos y administraciones públicas) o por la comunidad (la sociedad civil u ONG).

---

### **Información adicional**

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

---

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

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

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

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

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

A los encuestados se les plantean las siguientes preguntas:

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

Si la respuesta es afirmativa:

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

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

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

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
- Edad (<25 años y 25+ años)
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita. Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

**Información adicional**

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

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)).

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people>

---

### 3.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables

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

---

#### Qué mide

Avances en la optimización de la cobertura de agujas y jeringuillas provistas, un servicio esencial para la prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables.

---

#### Justificación

El consumo de drogas intravenosas constituye la principal vía de transmisión para alrededor de un 10% de las personas que contraen el VIH y para un 30% de las que viven fuera del África subsahariana. Prevenir la transmisión del VIH causada por el consumo de drogas intravenosas es uno de los retos fundamentales a la hora de reducir la carga del VIH.

Los programas de distribución de agujas y jeringuillas son una de las nueve intervenciones incluidas en el amplio paquete de intervenciones de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA para la prevención, el tratamiento y la atención sobre el VIH entre las personas que usan drogas inyectables.

Los programas de distribución de agujas y jeringuillas potencian enormemente las actuaciones de prevención del VIH para personas que usan drogas inyectables, y abundantes pruebas científicas apoyan su eficacia para la prevención del avance del VIH.

---

#### Numerador

Número de agujas y jeringuillas distribuidas en los 12 meses anteriores mediante programas de facilitación de agujas y jeringuillas

---

#### Denominador

Número de personas que usan drogas inyectables en el país

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Datos de programas utilizados para contabilizar el número de agujas y jeringuillas distribuidas (numerador)

Estimación del número de personas que usa drogas inyectables en el país (denominador)

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita.

Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

Existen algunas dificultades en el proceso de contabilizar las agujas y jeringuillas distribuidas. Algunas jeringuillas de uso común son unidades de aguja y jeringuilla de 1 ml o de 2 ml; otras son jeringuillas a las que han de acoplarse las agujas. En la mayor parte de los casos únicamente están disponibles datos sobre el número de jeringuillas distribuidas en programas sobre agujas y jeringuillas, pero no ventas en farmacias.

Estimar el número de personas que usan drogas inyectables a nivel de país presenta algunas dificultades. Las personas que usan drogas inyectables reciben múltiples definiciones, y las estimaciones presentan rangos diferentes. La UNODC publica estimaciones sobre el número de personas que usan drogas inyectables en el *World drug report*. Pueden utilizarse esas estimaciones. Si existe algún motivo para no utilizarlas, deberá incluir la justificación pertinente en el campo provisto para observaciones y comentarios.

Los países que han legalizado la venta de agujas y jeringuillas sin prescripción médica pueden presentar una cobertura artificialmente baja en relación con este indicador.

Los países pueden supervisar este indicador en relación con los siguientes niveles de cobertura:

- Nivel bajo: <100 jeringuillas al año por cada persona que usa drogas inyectables
- Nivel medio: 100-200 jeringuillas al año por cada persona que usa drogas inyectables
- Nivel alto: >200 jeringuillas al año por cada persona que usa drogas inyectables

Esos niveles se basan en encuestas realizadas en países de ingresos bajos o medios en que se ha investigado la distribución de jeringuillas y la forma en que esas actuaciones afectan a la transmisión del VIH. Los niveles que se requieren para prevenir la hepatitis C es probable que sean muchos más altos de los que aquí se presentan.

---



---

### Información adicional

A continuación se incluyen referencias bibliográficas que describen este indicador en profundidad: OMS, UNODC y ONUSIDA. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html)).

Needle and syringe programmes [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

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

UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem. Viena: UNODC; 2003 (<https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%202%20Final%20ENGLISH%2002-60052.pdf>).

Hickman M, Taylor C, Chatterjee A, Degenhardt L, Frischer M, Hay G et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. Bull Narcotics. 2002;54:15-32.

Most-at-risk populations: sampling strategies and design tool [sitio web]. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, GAP Surveillance Team; 2009 (<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>).

Para más información sobre el Grupo de Referencia sobre Consumidores de Drogas Intravenosas (Drug Users Reference Group) y para acceder a estimaciones a nivel nacional y a nivel mundial sobre consumo de drogas intravenosas y VIH entre personas que usan drogas inyectables, puede visitarse: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/project/injecting-drug-users-reference-group-reference-group-un-hiv-and-injecting-drug-use>.

Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, 2010 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf)).

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

---

### 3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos

Porcentaje de las personas que usan drogas inyectables que reciben terapia de sustitución de opiáceos

---

#### Qué mide

La capacidad de un programa para ofrecer terapias de sustitución de opiáceos entre las personas que usan drogas inyectables como método para reducir directamente la frecuencia de ese consumo de drogas intravenosas. El objetivo es un valor del 40%.

---

#### Justificación

La terapia de sustitución de opiáceos constituye un compromiso para tratar las dependencias de opiáceos y reducir la frecuencia de las inyecciones, preferiblemente a cero. Es la herramienta del sistema sanitario pública basada en pruebas que resulta más eficaz para reducir el consumo entre las personas que usan drogas inyectables. La terapia de sustitución de opiáceos ofrece un apoyo fundamental para el tratamiento de otros cuadros médicos, como son el VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica.

---

#### Numerador

Número de personas que usan drogas inyectables y que están recibiendo terapia de sustitución de opiáceos en la fecha especificada

---

#### Denominador

Número de personas con dependencia de opiáceos que usan drogas inyectables en el país

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Para el numerador: registros de programas: por ejemplo, registros sobre terapia de sustitución de opiáceos

Para el denominador: ejercicios de estimación de tamaño poblacional

Las encuestas bioconductuales pueden servir para recopilar esta información, pero con frecuencia resultan sesgadas por un criterio de inclusión relativo a "personas que actualmente usan drogas inyectables", en contraposición al hecho de que las personas que reciben terapias de sustitución de opiáceos ya no "deberían" estar consumiendo esas drogas.

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
  - Edad (<25 años y 25+ años)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

#### Información adicional solicitada

Si existen datos subnacionales disponibles, incluya la desagregación por área administrativa, ciudad, o localidad en el espacio que se facilita.

Deberá enviarse la versión digital de cualesquiera informes de encuestas disponibles utilizando la herramienta disponible para publicar información.

---

#### Puntos fuertes y débiles

Las estimaciones sobre tamaño poblacional que se utilicen como denominador deberán resultar apropiadas para el numerador; no todos los receptores de terapias de sustitución de opiáceos tienen historial de uso de drogas inyectables y no todas las personas que consumen drogas inyectables consumen o tienen dependencia de sustancias opiáceas.

---

#### Información adicional

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

Para conocer un conjunto de indicadores completo mundialmente consensuado sobre las personas que usan drogas inyectables, véase: People who inject drugs [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>).

---

### 3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo

Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa

---

#### Qué mide

Avances a la hora de reducir comportamientos sexuales de alto riesgo y actuaciones de intervención para controlar los casos de sífilis entre profesionales del sexo

---

#### Justificación

Someter a pruebas para sífilis a los profesionales del sexo resulta importante para finalidades sanitarias y de vigilancia de segunda generación.

---

#### Numerador

Número de profesionales del sexo que han tenido resultados positivos en pruebas de detección de sífilis activa

---

#### Denominador

Número de profesionales del sexo que se han sometido a pruebas de detección de sífilis activa

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

*Herramientas de medición.* Pueden utilizarse datos procedentes de sistemas de información sanitaria de rutina, vigilancia centinela o encuestas especiales.

*Modo de medición.* El enfoque tradicional a la hora de determinar la seroprevalencia ha sido realizar un cribado con pruebas no treponemales que miden los anticuerpos reagínicos (como son VDRL y RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponemal que mide los anticuerpos treponemales (como es TPHA y TPPA, inmunoensayos enzimáticos o pruebas rápidas treponemales). Las pruebas rápidas treponemales más recientes, comparativamente, son fáciles de practicar, lo que debe alentar el uso de esas pruebas para actuaciones de cribado, idealmente acompañadas de una prueba no treponemal que detecte anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el enfoque que se utilice, el indicador que se propone requiere tanto pruebas treponemales positivas como pruebas no treponemales también positivas para ofrecer una medición indirecta de la infección activa.

Solamente pruebas no treponemales o solamente pruebas treponemales, aunque puedan ser útil en algunas situaciones para finalidades terapéuticas, no resultan suficientemente específicas para la vigilancia de los profesionales del sexo. El requerimiento de tanto pruebas no treponemales como no treponemales positivas entre los profesionales del sexo difiere del indicador sobre pruebas sobre sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal, porque los profesionales del sexo tienen mayores probabilidades de tener un historial de infecciones previas. Las pruebas treponemales cuantifican la exposición durante la trayectoria vital, mientras que las pruebas no treponemales indican mejor la infección activa.

---

#### Desagregación

Género (hombres, mujeres y transgénero)

---

#### Puntos fuertes y débiles

*Puntos fuertes.* Requerir el uso tanto de pruebas no treponemales como de pruebas treponemales favorece la especificidad del número de pruebas positivas de que se informa. Además, exigir ambos tipos de pruebas aumenta las probabilidades de identificar cuadros activos de la enfermedad.

*Puntos débiles.* Requerir el uso de ambos tipos de pruebas hace más difícil la obtención de datos para este indicador.

---

#### Información adicional

*Garantía de calidad.* La garantía de calidad y el control de calidad deberán ser parte integral de las pruebas sobre sífilis, para garantizar resultados fiables.

*Uso de los datos.* Deberán considerarse las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo. Deberán ponerse en comparación con datos sobre tendencias en sífilis y VIH si esos datos están disponibles.

*Control de calidad de datos y notas para la herramienta de presentación de informes.* Deberá describirse qué tipo de profesionales del sexo representan esos datos y el entorno en que se recopilaban, en el campo para comentarios y observaciones. No deberán contabilizarse pruebas realizadas sobre una misma persona: si una persona se ha sometido a las pruebas más de una vez en los anteriores 12 meses, no deberá ser contabilizada más de una vez.

---

### 3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con cuadros de sífilis activa

---

#### Qué mide

Avances a la hora de reducir comportamientos sexuales de alto riesgo y actuaciones de intervención para controlar los casos de sífilis entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

---

#### Justificación

Realizar pruebas sobre sífilis entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es importante para la salud de estos y para finalidades de vigilancia de segunda generación.

---

#### Numerador

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que han recibido resultados positivos en pruebas para la detección de sífilis activa

---

#### Denominador

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a pruebas para la detección de sífilis activa

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

*Herramientas de medición.* Sistemas de información sanitaria de rutina, vigilancia centinela o encuestas especiales.

*Modo de medición.* El enfoque tradicional a la hora de determinar la seroprevalencia ha sido realizar un cribado con pruebas no treponemales que miden los anticuerpos reagínicos (como son VDRL y RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponemal que mide los anticuerpos treponemales (como es TPHA y TPPA, inmunoensayos enzimáticos o pruebas rápidas treponemales). Las pruebas rápidas treponemales más recientes, comparativamente, son fáciles de practicar, lo que debe alentar el uso de esas pruebas para actuaciones de cribado, idealmente acompañadas de una prueba no treponemal que detecte anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el enfoque que se utilice, el indicador que se propone requiere tanto pruebas treponemales positivas como pruebas no treponemales también positivas para ofrecer una medición indirecta de la infección activa.

Solamente pruebas no treponemales o solamente pruebas treponemales, aunque puedan ser útil en algunas situaciones para finalidades terapéuticas, no resultan suficientemente específicas para la vigilancia de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El requerimiento de tanto pruebas no treponemales como no treponemales positivas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres difiere del indicador sobre pruebas sobre sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal, porque los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen mayores probabilidades de tener un historial de infecciones previas. Las pruebas treponemales cuantifican la exposición durante la trayectoria vital, mientras que las pruebas no treponemales indican mejor la infección activa.

---

#### Desagregación

Ninguna

---

#### Puntos fuertes y débiles

*Puntos fuertes.* Requerir el uso de ambos tipos de pruebas favorece la especificidad del número de pruebas positivas de que se informa. Además, exigir ambos tipos de pruebas aumenta las probabilidades de identificar cuadros activos de la enfermedad.

*Puntos débiles.* Requerir el uso de ambos tipos de pruebas hace más difícil la obtención de datos para este indicador.

---

#### Información adicional

*Garantía de calidad.* La garantía de calidad y el control de calidad deberán ser parte integral de las pruebas sobre sífilis, para garantizar resultados fiables.

*Uso de los datos.* Deberán considerarse las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo. Deberán ponerse en comparación con datos sobre tendencias en sífilis y VIH si esos datos están disponibles.

*Control de calidad de datos y notas para la herramienta de presentación de informes.* No deberán contabilizarse pruebas realizadas sobre una misma persona: si una persona se ha sometido a las pruebas más de una vez en los anteriores 12 meses, no deberá ser contabilizada más de una vez. Deberá describirse el entorno en que se hayan recopilado los datos en el campo para observaciones y comentarios.

---

### 3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones

Programas de prevención y de tratamiento del VIH ofrecidos a presos mientras se encuentran en situación de privación de libertad

---

#### Qué mide

El número de presos que reciben servicios de prevención y tratamiento para el VIH mientras se hallan privados de libertad

---

#### Justificación

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

---

#### Numerador

Número de agujas limpias distribuidas entre presos

Número de presos que reciben terapias de sustitución de opiáceos

Número de preservativos distribuidos entre presos

Número de presos que reciben terapias antirretrovirales

Número de presos sometidos a pruebas sobre el VIH

Número o porcentaje de personas que viven con el VIH de entre los presos

Número o porcentaje de presos que sufren hepatitis C o que presentan coinfección por VIH y virus de la hepatitis C

Número o porcentaje de presos que sufren TB o que presentan coinfección por VIH y TB

---

#### Denominador

No aplicable

---

#### Cálculo

No aplicable

---

#### Método de medición

Datos de programas rutinarios

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

Ninguna

---

#### Información adicional solicitada

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

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

#### Información adicional

UNODC, OIT, UNDP, OMS, ONUSIDA. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Viena: UNODC; 2013.

---

### 3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave

Prevalencia de la hepatitis y de la coinfección con el VIH entre grupos de población clave

---

#### Qué mide

Comorbilidad con el VIH y necesidad potencial de tratamiento apropiado

---

#### Justificación

En los últimos tiempos la apreciación de la coinfección por hepatitis y VIH ha mejorado sustancialmente. Muchas personas que viven con el VIH que reciben terapias antirretrovirales mueren por enfermedad hepática resultante de cuadros de hepatitis vírica no tratados. Los regímenes de tratamiento del VIH pueden ajustarse para tratar cuadros crónicos de infección por el virus de la hepatitis B. Está disponible un nuevo tratamiento para la hepatitis C altamente eficaz que presenta un alto índice de eliminación del virus independientemente del subtipo del virus de la hepatitis C. Cuantificar la carga de hepatitis que existe entre grupos de población clave que viven con el VIH puede ayudar a las autoridades nacionales competentes en actuaciones de planificación a fin de determinar los recursos necesarios para dar respuesta a esta epidemia.

---

#### Numerador

Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos de anticuerpos del virus de la hepatitis C  
o  
Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos de antígeno de superficie de la hepatitis B

y

Número de personas pertenecientes a grupos de población clave que han recibido pruebas con resultados positivos sobre el VIH junto con una de las dos anteriores situaciones

---

#### Denominador

Número de encuestados que han recibido resultados positivos para uno o ambos tipos de hepatitis, B y C.

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Encuesta Vigilancia Biológica y Conductual Integrada

---

#### Frecuencia de medición

Cada 2 años

---

#### Desagregación

- Edad (<25 años y 25+ años)
  - Género (hombres, mujeres y transgénero)
  - Grupos de población clave
- 

#### Información adicional solicitada

Si el algoritmo de las pruebas está disponible para pruebas de detección de la hepatitis C, deberá incluirse esa información, especialmente si se realizan pruebas complementarias o RCP.

---

#### Puntos fuertes y débiles

En general, no se dispone de estimaciones basadas en probabilidades sobre coinfección con el VIH y el virus de la hepatitis C o con el VIH y el virus de la hepatitis B entre grupos de población clave, aunque a través de diversas encuestas bioconductuales se han realizado pruebas sobre anticuerpos de la hepatitis. Mejorar el conocimiento sobre coinfecciones ayudará a mejorar los programas de tratamiento y también a maximizar la supervivencia entre las poblaciones afectadas. El número de personas coinfectadas será probablemente bajo, con la posible excepción de la población que usa drogas inyectables, por lo que los intervalos de confianza serán amplios.

---

#### Información adicional

United States Centers for Disease Control and Prevention, OMS, ONUSIDA, FHI 360. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; de próxima publicación.

---

### 3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PPrE)

Número de personas que reciben profilaxis oral previa a la exposición durante el periodo del que se informa

---

#### Qué mide

Avances en la ampliación de la profilaxis previa a la exposición y el objetivo ampliado de Acción Rápida de alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición para 2020

---

#### Justificación

Este indicador resulta clave a la hora de evaluar la disponibilidad y el uso que se hace de la profilaxis previa a la exposición entre las personas que presentan un riesgo de infección más alto por el VIH. Mediante la desagregación de los datos, este indicador se propondrá también supervisar la disponibilidad y el uso de profilaxis previa a la exposición y según población (edad, sexo grupos de población clave).

El uso de medicamentos antirretrovirales antes de exposiciones al VIH por parte de personas que no son portadoras del virus puede evitar la infección por VIH. Los ensayos clínicos han mostrado que la profilaxis oral previa a la exposición puede reducir el número de personas que contraen el VIH entre parejas serodiscordantes, hombres heterosexuales, mujeres, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables y mujeres transgénero.

La OMS recomienda que se ofrezca profilaxis oral previa a la exposición que contenga tenofovir disoproxil fumarato (TDF) como opción adicional de prevención para las personas en grave riesgo de infección por el VIH como parte de las actuaciones de prevención combinada del VIH. La OMS define provisionalmente el riesgo sustancial o grave de infección por el VIH como una incidencia de en torno a 3 por cada 100 persona-años o superior en ausencia de profilaxis previa a la exposición. Deberá informarse de la implementación según información local, que incluirá el contexto o tendencias epidemiológicas, viabilidad, nivel de demanda y también una evaluación y consideración individual del entorno local en relación con las personas que viven con el VIH y grupos de población clave para proteger su seguridad. Los criterios de implementación pueden variar entre países.

---

#### Numerador

Número de personas que reciben profilaxis oral previa a la exposición para prevenir la infección por VIH por primera vez dentro del año natural

---

#### Denominador

No aplicable

---

#### Cálculo

No aplicable

---

#### Método de medición

El numerador se genera contabilizando el número de personas que han recibido profilaxis oral previa a la exposición (incluyendo regímenes especificados por la OMS que contienen TDF, que pueden ser solo con TDF, TDF + FTC, o TDF + 3TC) por primera vez durante el periodo del que informa (el anterior año natural), de conformidad con las directrices nacionales o los estándares de la OMS/ONUSIDA. El numerador deberá incluir a las personas que hayan recibido profilaxis oral previa a la exposición durante el anterior año natural a través de programas nacionales, proyectos de demostración o actuaciones de investigación.

A estos efectos, con edad se hace referencia a la edad que tiene la persona en el momento que inicia la profilaxis previa a la exposición.

Si una persona se identifica como perteneciente a más de un grupo de población clave, deberán registrarse todos los grupos que sean relevantes. En consecuencia, la suma de datos desagregados por grupos de población clave puede resultar superior al valor total.

---

#### Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente. Deberán utilizarse para el informe anual los datos mensuales o trimestrales más recientes.

---

#### Desagregación

- Género (hombres, mujeres y transgénero)
  - Edad (<15, 15+ 15-19, 20-24, 25-49 y 50+ años)
  - Grupos de población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que usan drogas inyectables y personas transgénero)
  - Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
- 

#### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

---

**Puntos fuertes y débiles**

Este indicador no capturará el número de persona-años en situación de riesgo, dado que no dará cuenta de durante cuánto tiempo se utiliza la profilaxis previa a la exposición. Tampoco cuantifica coste, calidad, eficacia o adherencia, que varían dentro de cada país y entre países diferentes, y que es probable que cambien a lo largo del tiempo.

La disponibilidad y el uso de profilaxis previa a la exposición dependerá de factores como son costes, infraestructura de prestación de servicios y su calidad, entorno legislativo y de políticas de actuación, y percepciones sobre su eficacia y posibles efectos secundarios.

Los países con sólidos sistemas de monitoreo y que utilicen identificadores únicos tendrán más probabilidades de estimar de forma precisa el número de personas que reciben profilaxis previa a la exposición durante el año natural que los que utilicen sistemas de datos agregados. En países con sistemas de vigilancia más débiles, evitar la doble contabilización de personas que reciben profilaxis previa a la exposición puede resultar difícil, lo que incluye también a las personas que sean transferidas a otros centros sanitarios para recibir medicación durante el periodo del que se informe. En esos casos el número de personas que reciben profilaxis previa a la exposición por primera vez durante el año natural puede resultar exagerado.

---

**Información adicional**

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1), acceso: 15 de noviembre de 2016).

---



## Indicadores sobre circuncisión masculina

Los indicadores 3.16 y 3.17 se requieren de 16 países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemia heterosexual generalizada: Botswana, Etiopía, República Centroafricana

Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

### 3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Las recomendaciones de la OMS/ONUSIDA enfatizan que la circuncisión masculina debe considerarse una intervención eficaz para la prevención del VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, con alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de la circuncisión masculina.

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

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

---

#### Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

---

#### Desagregación

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

---

#### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

#### Información adicional

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

### 3.17 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente

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

---

#### Qué mide

Avances en la ampliación de servicios médicos de circuncisión masculina

---

#### Justificación

Pruebas concluyentes indican que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres heterosexuales se infecten por el VIH en aproximadamente un 60%. Tres ensayos controlados aleatoriamente han mostrado que la circuncisión masculina practicada por profesionales sanitarios bien formados en entornos adecuadamente equipados resulta segura y puede reducir el riesgo de infección por VIH. Las recomendaciones de la OMS/ONUSIDA enfatizan que la circuncisión masculina debe considerarse una intervención eficaz para la prevención del VIH en países y regiones con epidemias heterosexuales, con alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de la circuncisión masculina.

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

No aplicable

---

#### Cálculo

No aplicable

---

#### Método de medición

Registros y formularios de información de centros sanitarios, datos de programas, sistemas de información sanitaria

---

#### Frecuencia de medición

Anual

---

#### Desagregación

- Edad (<1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49 y 50+ años)
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

#### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

Se recomienda una desagregación adicional a nivel de país:

- VIH-positivo según pruebas in situ; VIH-negativo según pruebas in situ; resultado indeterminado sobre el VIH en pruebas in situ, o desconocido o rechazado para pruebas sobre el VIH;
- tipo y ubicación de la instalación sanitaria; y
- cuadro de profesionales del proveedor.

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

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

---

#### Información adicional

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

---

### 3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

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

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

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

---

#### Numerador

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

---

#### Denominador

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

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

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

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

---

#### Frecuencia de medición

3-5 años

---

#### Desagregación

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

---

#### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

#### Información adicional

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

---

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

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

---

### Qué mide

Avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias

---

### Justificación

La discriminación es una forma de violación de los derechos humanos prohibida por la legislación internacional sobre derechos humanos y por la mayor parte de las constituciones nacionales. Con discriminación, en el contexto del VIH, se hace referencia a trato injusto (actos u omisiones) que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exacerba los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH. Este indicador no cuantifica directamente los casos de discriminación sino que cuantifica las actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos (u omisiones) discriminatorios. Uno de los elementos del indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados por formas de discriminación que se producen en una determinada institución y el otro cuantifica distanciamientos sociales o expresiones conductuales de prejuicios. El indicador compuesto puede supervisarse como una medición clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de actos de discriminación relacionados con el VIH dentro de la población general. Este indicador puede contribuir a comprender adicionalmente y mejorar las intervenciones relacionadas con actos de discriminación relacionados con el VIH mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que muestran actitudes discriminatorias, permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y poniendo de relieve áreas prioritarias de actuación.

---

### Numerador

Número de encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que responden "no" a alguna de las dos preguntas

---

### Denominador

Número de todos los encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que han oído hablar del VIH

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

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

Este indicador se construye sobre las respuestas a las siguientes preguntas recibidas en una encuesta sobre población general de encuestados que han oído hablar del VIH.

- ¿Compraría usted verduras frescas de manos de un vendedor si usted supiese que esa persona tiene el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
  - ¿Piensa usted que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela junto con niños que no están infectados por el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro/a / depende)
- 

### Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

---

### Desagregación

- Edad (15-19 años, 20-24 años y 25-49 años)
  - Sexo
  - Se requieren respuestas para cada pregunta (con base en el mismo denominador), así como la respuesta consolidada para el indicador compuesto.
- 

### Explicación del numerador

Los encuestados que nunca hayan oído hablar del VIH y del sida deberán ser excluidos del numerador y del denominador. También deberá excluirse a los participantes que respondan "no lo sé / no estoy seguro/a / depende" y a quienes rechacen responder.

Las respuestas afirmativas y negativas a cada una de las preguntas pueden no sumar el 100% si algunos participantes responden "no lo sé" o si faltan valores. En consecuencia, calcular el porcentaje de personas que responden "no" a esta pregunta sustrayendo el porcentaje de respuestas afirmativas del total de 100% resultaría equivocado.

---

---

### Puntos fuertes y débiles

Este indicador cuantifica actitudes discriminatorias y el apoyo a políticas discriminatorias.

La cuestión sobre compra de verduras es prácticamente idéntica a la que se utiliza en una Encuesta sobre Demografía y Salud para la vigilancia de "actitudes de aceptación" sobre las personas que viven con el VIH, lo que permite una vigilancia continuada de las tendencias. Esta pregunta, no obstante, se centra en las respuestas "no" (actitudes discriminatorias) más que en las respuestas "sí" (actitudes de aceptación), lo que mejora las anteriores mediciones para el indicador "actitudes de aceptación", dado que es aplicable a entornos con alta y con baja prevalencia del VIH, a países de ingresos altos, medios y bajos, y también es relevante en ámbitos culturalmente diversos. Las mediciones individuales y el indicador compuesto no se basan en que el entrevistado haya observado actos flagrantes de discriminación cometidos contra personas que viven con el VIH, que son raros y de difícil medición en muchos contextos. Por contra, las mediciones individuales y el indicador compuesto valoran las actitudes de una determinada persona que pueden influir más directamente en las conductas.

Las preguntas recomendadas evalúan el grado de aceptación de situaciones hipotéticas, más que cuantificar casos de discriminación de que se haya podido ser testigo. Se puede producir un sesgo de deseabilidad social, lo que puede llevar a una infravaloración de actitudes discriminatorias. No existen mecanismos para examinar la frecuencia con que se producen actos de discriminación, ni tampoco su severidad.

Idealmente, además de realizarse encuestas que sirvan para cuantificar la prevalencia de actitudes discriminatorias en una determinada comunidad, deberán recopilarse datos cualitativos para dar cuenta de los orígenes de esos actos discriminatorios. También sería aconsejable recopilar datos de forma rutinaria sobre las personas que viven con el VIH sobre sus experiencias de estigmatización y discriminación a través del proceso Índice de Estigma en personas que viven con VIH ([www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)) y comparar las conclusiones con los datos que se deriven del indicador sobre actitudes discriminatorias.

---

### Información adicional

Segmento temático: no discriminación. Nota de referencia. En: 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, Ginebra 11-13 de diciembre de 2012. Ginebra: ONUSIDA; 2012 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111\\_PCB%2031\\_Non%20Discrimination\\_final\\_newcoverpage\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Washington DC y Londres: International Center for Research on Women and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2012 ([http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl. 2) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>).

Para más información sobre los métodos e instrumentos de las encuestas para la Encuesta sobre Demografía y Salud y las Encuestas sobre Indicadores de Sida: <http://dhsprogram.com>.

Este indicador ofrece una importante medición de la prevalencia de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH. Evaluar de forma más completa los avances en la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH y el éxito o fracaso de los esfuerzos realizados para reducir ese estigma requiere cuantificar otros campos del estigma y la discriminación.

---

## 4.2 Evitación de los servicios para el VIH por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A–D)

Evitación de los servicios para el VIH por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Evitación de los servicios para el VIH por parte de los profesional del sexo por causa del estigma y la discriminación
- B. Evitación de los servicios para el VIH por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación
- C. Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación
- D. Evitación de los servicios para el VIH por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación

---

### Qué mide

Avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias

---

### Justificación

La discriminación es una forma de violación de los derechos humanos y está prohibida por la legislación internacional sobre derechos humanos y por la mayor parte de las constituciones nacionales. Con discriminación, en el contexto del VIH, se hace referencia a trato injusto (actos u omisiones) que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exacerba los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH. El estigma relacionado con el VIH tiene que ver con creencias, sentimientos y actitudes negativos hacia las personas que viven con el VIH, hacia grupos relacionados con esas personas (por ejemplo, familiares de personas que viven con el virus) y demás grupos de población clave en situación de especial riesgo de infección por el VIH, como son las personas que usan drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero.

Este indicador cuantifica directamente el miedo que sufren las personas al estigma y la discriminación, y también las experiencias reales. Este indicador podría ofrecer una mejor comprensión y mejorar las intervenciones para la reducción del estigma y la discriminación de las siguientes formas: (1) mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que perciben o sufren el estigma asociado al VIH, (2) permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y (3) poniendo de relieve áreas de actuación.

---

### Numerador

Número de encuestados que responden "sí" a una de las siguientes preguntas:

¿Por qué no ha procurado usted acceder a servicios de pruebas sobre VIH / prevención del VIH / tratamiento para el VIH?

1. Por tener miedo o estar preocupado/a por la reacción al estigma sobre el VIH que pudieran mostrar el personal de esos servicios o los vecinos.
2. Miedo o preocupación relacionada con la violencia o con violencia ya experimentada.
3. Miedo o preocupación relacionada con actos de acoso policial o arrestos, o actos de acoso policial o arrestos ya sufridos.

---

### Denominador

Número de encuestados

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Seguimiento conductual u otras encuestas especiales

---

### Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

---

### Desagregación

- A-D: edad (<25 años y 25+ años)
- A y C: género (hombre, mujer y transgénero)
- Ciudades

---

### Información adicional solicitada

Deberán facilitarse las preguntas incluidas en los instrumentos de encuesta.

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### **Puntos fuertes y débiles**

Como medición del estigma y la discriminación, este indicador se centra en los resultados de los comportamientos en cuestión. Si se sufre el estigma y la discriminación, o simplemente se perciben uno y otra, de forma suficientemente grave como para disuadir la búsqueda de los servicios sanitarios necesarios, esto no solo puede identificarse fácilmente como un problema sino que puede afectar de forma crítica al uso de esos servicios. Algunos encuestados, sin embargo, pueden experimentar o percibir una importante estigmatización o graves conductas discriminatorias en sus comunidades, pero, gracias a su propia fortaleza o resiliencia personal o al carácter discreto o especializado de esos servicios sanitarios, aun así acudir a ellos y utilizarlos. Este indicador no servirá para cuantificar la consecución de un nivel cero de discriminación, pero puede ser útil para conocer si la discriminación está reduciendo el nivel de uso de servicios sanitarios.

---

### **Información adicional**

Para más información sobre el estigma asociado al VIH y discriminación, y de las actuaciones seguidas para cuantificar su prevalencia, véase: Segmento temático sobre no discriminación, 31ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa (JCP) del ONUSIDA Nota de referencia. Ginebra ONUSIDA; 2012 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111\\_PCB%2031\\_Non%20Discrimination\\_final\\_newcoverpage\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington (DC) y Londres: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine, STRIVE; 2012 ([http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16(3 Suppl. 2) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>).

Para más información sobre los métodos e instrumentos de las encuestas para la Encuesta sobre Demografía y Salud y las Encuestas sobre Indicadores de Sida: <http://dhsprogram.com>.

---

### 4.3 Prevalencia de la violencia infligida recientemente por parte de un compañero sentimental

Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas en algún momento o han tenido un compañero sentimental y que han experimentado violencia física o sexual por parte de un compañero sentimental varón durante los últimos 12 meses

---

#### Qué mide

Los avances en la reducción de la prevalencia de actos de violencia contra la mujer cometidos por compañeros sentimentales, tanto como resultado por sí mismo como también como medición indirecta de las desigualdades de género

Los compañeros sentimentales se definen como parejas con las que se convive, ya medie matrimonio o no. Los actos de violencia pueden haber ocurrido después de que la pareja se haya separado.

---

#### Justificación

Mundialmente y, en especial, en el África subsahariana, los altos índices de infección por el VIH entre las mujeres han puesto muy de relieve el problema de la violencia contra la mujer. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que las desigualdades de género generalizadas y muy arraigadas, especialmente la violencia contra las mujeres y las niñas, contribuyen al riesgo que estas sufren en relación con el VIH y a su especial vulnerabilidad a estos efectos. La violencia y el VIH se han vinculado a través de vías o rutas directas e indirectas. Las encuestas realizadas en muchos países indican que son muchas las mujeres que han sufrido violencia de una forma u otra en algún momento de su vida. La OMS estima que, mundialmente, una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de compañeros sentimentales y/o violencia sexual por parte de sujetos que no eran su pareja.

---

#### Numerador

Mujeres de entre 15 y 49 años que tienen o en algún momento han tenido una pareja íntima y que reportan haber experimentado violencia física o sexual por parte de como mínimo una pareja íntima en los últimos 12 meses. Véase la explicación del numerador que se incluye seguidamente para la lista de actos de violencia física o sexual a incluir.

---

#### Denominador

Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen actualmente o han tenido una pareja íntima

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

Encuestas poblacionales ya en uso dentro de los países, como son las encuestas plurinacionales de la OMS, Encuestas Demográficas y de Salud o Encuestas sobre Indicadores de Sida (módulo sobre violencia doméstica) y las Encuestas Internacionales sobre la Violencia contra la Mujer.

Recopilar datos sobre violencia contra la mujer requiere métodos especiales que garanticen que la información se reúna de forma coherente con estándares éticos y de seguridad, que no causen situaciones de riesgo para las encuestadas y que maximicen su validez y fiabilidad.

---

#### Frecuencia de medición

3-5 años

---

#### Desagregación

- Edad (15-19 años, 20-24 años y 25-49 años)
- Estado serológico (si está disponible)

---

#### Explicación del numerador

Entre las mujeres de entre 15 y 49 años que han estado casadas o en algún momento han tenido un compañero sentimental se incluyen las que han contraído matrimonio en algún momento o en algún momento han tenido un compañero sentimental. Se les pregunta si han experimentado violencia física o sexual por parte de algún compañero sentimental varón durante los últimos 12 meses. Se determina si ha habido violencia física o sexual preguntando si la pareja de la encuestada ha incurrido en alguna de las siguientes conductas:

- Propinar bofetadas o lanzar cualquier cosa que pudiera dañarla físicamente.
- Empujarla.
- Golpear con el puño o con cualquier otro instrumento que pueda herir a la mujer.
- Propinarle patadas, arrastrarla o azotarla.
- Quemarla o causar situaciones de asfixia en la mujer.
- Utilizar o amenazar con utilizar armas de fuego, cuchillos u otras armas contra ella.
- Forzarla físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad.
- Forzarla a participar en alguna conducta sexual que la mujer encontrase degradante o humillante.
- Haberle hecho tener miedo de lo que podría ocurrirle si dejaba de mantener relaciones sexuales.

El numerador incluye a las mujeres que informen de como mínimo un incidente de los tipos referidos en los anteriores puntos acaecido durante los 12 meses anteriores.

---



---

### Explicación del denominador

Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen actualmente o han tenido un compañero sentimental.

---

### Puntos fuertes y débiles

Este indicador valora a los avances en la reducción de la proporción de mujeres que sufren actos recientes de violencia de parte de compañeros sentimentales, tanto como resultado como también por sí misma. Deberá interpretarse también como una medición indirecta de las desigualdades de género. Un cambio a lo largo del tiempo en la prevalencia de casos recientes de violencia de género indicará cambios a nivel de igualdad de género, uno de los factores estructurales relacionados con la epidemia del VIH.

Este indicador se centra en los casos recientes de violencia por parte de compañeros sentimentales de la mujer, más que en cualquier experiencia de este tipo que haya sufrido, para permitir supervisar los avances. Cualquier experiencia de violencia ejercida por compañeros sentimentales mostraría escasos cambios a lo largo del tiempo, independientemente del nivel de los programas, ya que el indicador incluiría a las mismas mujeres siempre y cuando estas entren en el grupo de edad objetivo. Una reducción sostenida de los casos de violencia causados por compañeros sentimentales de mujeres no resultará posible sin cambios fundamentales en las normas de género desiguales, en las relaciones domésticas y comunitarias, los derechos legales y consuetudinarios de las mujeres, en las desigualdades de género en el acceso a la atención sanitaria, la educación y los recursos económicos y sociales, y en la implicación y participación de los hombres en la salud reproductiva y en la salud de los hijos. Esto tampoco resulta posible sin promover la responsabilidad de los hombres en la prevención del VIH. Los cambios en el indicador sobre violencia ejercida por compañeros sentimentales cuantificarán los cambios en el estatus y el tratamiento que reciben las mujeres en los diferentes ámbitos sociales, que directa e indirectamente contribuyen a un riesgo reducido de transmisión del VIH.

Incluso cuando se cumplen las directrices éticas y de seguridad de la OMS y las entrevistas se realizan en un entorno de privacidad, algunas mujeres acaban ocultando información. Esto significa que las estimaciones, probablemente, acabarán siendo más conservadoras en relación con el nivel real de violencia que soporta el grupo poblacional que se estudia.

La compleja relación entre violencia contra la mujer y VIH se ha ilustrado conceptualmente en una revisión del estado de las pruebas y prácticas en el desarrollo e implementación de estrategias que den respuesta a la intersección entre este tipo de violencia y el VIH. Durante más de una década las investigaciones mundiales han venido documentando la conexión que existe entre violencia contra la mujer y el VIH. Las encuestas han demostrado que existe una asociación entre violencia contra la mujer y el VIH, como factor favorable a la infección y también como consecuencia de la infección. Esta relación opera a través de un conjunto de mecanismos directos e indirectos.

- El miedo a los actos de violencia puede hacer que las mujeres eviten insistir en el uso del preservativo ante parejas masculinas de las que sospechen que puedan tener el VIH.
  - El miedo a sufrir violencia por parte de un compañero sentimental puede llevar a las mujeres a ocultar su estado serológico o a no buscar tratamiento.
  - Las penetraciones vaginales forzadas incrementan el riesgo de transmisión del VIH.
  - La violación es una manifestación de las desigualdades de género y puede resultar en infección por el VIH, aunque ello representa una minoría de casos.
  - Las violaciones y otras formas de abuso sexual y físico pueden resultar en trastornos mentales que se manifiestan en conductas sexuales de alto riesgo, que incrementan el riesgo de transmisión del VIH.
- 

### Información adicional

Investing in gender equality: ending violence against women and girls. Nueva York: ONU Mujeres; 2010 (<http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2010/1/ending-violence-against-women-and-girls-unifem-strategy-and-information-kit>).

OMS, ONUSIDA. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241599863/en>).

Programme on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. Gender-based violence and HIV. Cambridge (MA): Harvard School of Public Health; 2009.

Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Soc Sci Med*. 2000;50:459-478.

OMS, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>).

OMS, ONUSIDA. 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw\\_hiv\\_epidemic/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en)).

Unite with women—unite against violence and HIV. Ginebra: ONUSIDA; 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312\\_JC2602\\_UniteWithWomen](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312_JC2602_UniteWithWomen)).

Organización Mundial de la Salud y London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en>).

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

Adolescents and young women. En: The Gap Report (Informe de déficits y diferencias). Ginebra: ONUSIDA; 2014 :132-145 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids\\_gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf)).

---

## 5.1 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

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

---

### Qué mide

Avances para conseguir un conocimiento universal de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH

---

### Justificación

La epidemia del VIH se perpetúa principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a sucesivas generaciones de personas jóvenes. Se necesitan buenos conocimientos sobre el VIH y el sida (aunque con frecuencia estos no bastan) para adoptar conductas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH.

---

### Numerador

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

---

### Denominador

Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

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

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

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

---

### Frecuencia de medición

Frecuencia preferible: cada dos años; frecuencia mínima: cada 3 o 5 años

---

### Desagregación

- Edad (15-19 años y 20-24 años)
- Sexo (hombres y mujeres)

---

### Explicación del numerador

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

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

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

---

### Puntos fuertes y débiles

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

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

---

### Información adicional

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

---

## 5.2 Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años de edad) que han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos

---

### Qué mide

Avances hacia ampliar la capacidad de las mujeres y niñas adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva utilizando los métodos más eficaces

---

### Justificación

Este indicador aborda los avances conseguidos a la hora de ampliar la capacidad de las mujeres y las adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, y de poder ejercer su derecho a controlar y decidir libremente sobre cuestiones relacionadas con su sexualidad y su salud sexual y reproductiva. Refleja el derecho de las mujeres y las adolescentes de decidir si quieren tener hijos y cuándo tenerlos, y de tener a su alcance métodos para llevar a cabo esa decisión.

Este indicador también se utiliza para cuantificar los avances en relación con el objetivo 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se propone garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye servicios de planificación familiar, información y educación, e integrar la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales para el año 2030.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son también un punto de entrada para los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH, y su integración será fundamental para garantizar la sostenibilidad de los servicios relacionados con el VIH.

---

### Numerador

Número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que utilizan métodos anticonceptivos modernos

---

### Denominador

Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen una demanda para planificación familiar

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Encuestas poblacionales (Encuestas sobre Demografía y Salud u otras encuestas representativas)

---

### Frecuencia de medición

Cada 3-5 años

---

### Desagregación

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

---

### Explicación del numerador

El numerador incluye a todas las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que utilizan métodos anticonceptivos modernos en el momento en que se realiza la encuesta. Se consideran métodos anticonceptivos modernos los siguientes:

- La píldora (anticonceptivos orales)
  - Dispositivo intrauterino (DIU)
  - Anticonceptivos inyectables
  - Esterilización femenina
  - Esterilización masculina
  - Preservativo femenino
  - Preservativo masculino
  - Implantes
  - Anticonceptivos de emergencia
  - Método de días fijos
  - Método de amenorrea lactacional
  - Diafragma
  - Espuma o gelatina.
-

---

### Explicación del denominador

El denominador incluye a todas las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) que tienen una demanda para servicios de planificación familiar. Se considera que una mujer solicita servicios de planificación familiar si desea retrasar, espaciar o limitar su maternidad. Se considera que una mujer solicita servicios de planificación familiar si:

- Ella o su pareja están utilizando actualmente algún método anticonceptivo; o
- Tiene una necesidad que no esté siendo satisfecha de servicios de planificación familiar:
  - Mujeres que están actualmente embarazadas o con cuadros de amenorrea posparto cuyo actual embarazo o último parto fue no deseado o se produjo fuera de los plazos deseados por la mujer, o
  - Mujeres actualmente casadas o sexualmente activas que pueden quedarse embarazadas que manifiestan desear demorar su embarazo en dos o más años, o que no saben cuándo querrán tener más hijos o si querrán tenerlos en algún momento, y que actualmente no están utilizando ningún método anticonceptivo.

Puede encontrarse una explicación de cálculos detallada sobre necesidades de servicios de planificación familiar insatisfechas en el siguiente documento: *Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies 25* (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>).

El denominador incluye a las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo y también a las que utilizan métodos anticonceptivos modernos o tradicionales.

---

### Puntos fuertes y débiles

Haciendo referencia a métodos modernos, este indicador cuantifica el acceso a métodos anticonceptivos más eficaces, que llevará a un menor número de embarazos no deseados y una mejor salud de las madres y sus hijos.

La construcción de este indicador requiere cálculos complejos. La aplicación sistemática de una definición estándar puede ofrecer mediciones sobre las demandas de servicios de planificación familiar satisfechas por métodos modernos que sean comparables a lo largo del tiempo y entre países diferentes.

---

### Información adicional

Demand satisfied by modern methods indicator snapshot [video]. Rockville (MD): DHS Programme; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=RceOulJwKY&feature=youtu.be>).

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25*. Calverton, Maryland, USA: ICF International (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>).

---

## 8.1 Gasto total relativo al VIH

Gasto nacional e internacional relativo al VIH según categorías de programas y fuentes de financiamiento

### Qué mide

Flujos financieros y gastos en programas/servicios nacionales sobre VIH según fuente de financiación en una forma estandarizada y comparable de acuerdo con categorías mutuamente excluyentes. El gasto relativo al VIH según programas o servicios de que aquí se informa deberá resultar coherente con el número de personas que hayan recibido servicios de los que se informe en otras partes.

### Justificación

Los recursos internacionales y nacionales disponibles para la respuesta frente al VIH alcanzaron una cantidad estimada de 19.000 millones de USD en países con ingresos medios y bajos a la conclusión del año 2015. Hacer realidad los objetivos nacionales y mundiales requiere un mayor enfoque, más recursos, y mejor eficacia y efectividad de los programas para ofrecer los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH para reducir la incidencia del virus y alargar la vida.

Resulta esencial identificar fuentes de financiación sostenibles y a largo plazo, lo que incluye la movilización de recursos nacionales, para mantener y aprovechar los éxitos ya conseguidos. Aun así, cubrir las lagunas que existen en financiación y buscar una eficiente asignación de recursos únicamente puede conseguirse evaluando y gestionando los recursos disponibles y el uso que se hace de ellos.

La cuantificación de flujos financieros y del gasto ayuda a considerar la cuestión de a quién benefician los programas de VIH y definir la situación actual de asignaciones para servicios/programas sobre VIH a la hora de dirigirlos a grupos de población clave u otros grupos específicos de población. Se recomiendan las clasificaciones y definiciones de la Medición del Gasto Nacional relativo al Sida (MEGAS) desarrolladas por el ONUSIDA como marco de trabajo para hacer un seguimiento e informar del gasto relativo al VIH.

Esas mediciones se han venido aplicando en más de 70 países del mundo. Las clasificaciones de MEGAS fueron definidas alineando las Categorías de Gasto sobre el Sida con los programas y servicios cuyos costes se calcularon como parte del proceso de estimación de las necesidades de recursos, que son las intervenciones/servicios con impacto conocido sobre resultados relevantes en materia de VIH, es decir, incidencia del VIH y mortalidad relacionada con el sida. Además, MEGAS ofrece un amplio conjunto de Categorías de Gasto sobre el Sida mutuamente excluyentes para clasificar gastos adicionales que puedan existir en un determinado país, incluso si no se corresponden con la estimación de necesidades de asignación de recursos. Ese alineamiento entre los recursos disponibles y las necesidades de recursos según servicios o programas específicos se concibió para cuantificar lagunas en financiación e indicar insuficiencias de recursos o potenciales mejoras en esa eficiencia que hayan de conseguirse mediante cada programa para la combinación de recursos y proveedores.

Existen otros enfoques sobre seguimiento de recursos que también se han aplicado a la evaluación de gastos sobre VIH financiados a través de fuentes nacionales e internacionales, entre ellos Cuentas de salud, Revisiones de presupuestos y encuestas ad hoc. Se recomienda el uso de marcos de trabajo para la rendición social de contabilidad (MEGAS y sistema de cuentas de salud) a la hora de informar sobre este indicador.

El indicador y los subindicadores que aquí se describen pueden extraerse directamente de un ejercicio de MEGAS. Otros enfoques pueden no ofrecer directamente el completo conjunto de subindicadores que aquí se incluyen. En tales casos se recomienda facilitar la información en la matriz de financiación sobre sida con el nivel de granularidad disponible a través de la metodología de seguimiento de recursos empleada por cada país e indicar expresamente la disponibilidad de información desagregada según proceda.

Al igual que en anteriores años, la base para el presente informe es la Matriz de Financiación Nacional, una plantilla para la presentación de informes que establece las áreas de los programas sobre VIH desagregadas según intervenciones o servicios individuales y según fuente de financiación. Esa matriz está concebida para incluir la totalidad de recursos invertidos en el VIH en un determinado año, por todas las fuentes de financiación, por lo que existe un listado más amplio de servicios/programas que puede utilizarse para describir el uso de los recursos, aunque únicamente se utilizará un subconjunto para informar de los subindicadores.

La mayor parte de las Categorías de Gasto sobre sida y de los subindicadores no son nuevas sino que se extraen de marcos de trabajo ya existentes, y actualmente se estructuran en torno a los 10 compromisos que se derivan de la Declaración Política de 2016 sobre el VIH y el sida: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030.

El indicador sobre el que se ha de informar es "Gasto Total relativo al VIH" según categorías de programas o de servicios y según fuentes de financiación. Existen ocho subindicadores básicos, según se definen más adelante:

COMPROMISO 8: Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales

8.1. Gasto Total relativo al VIH (según categorías de programas o de servicios y según fuentes de financiación)

- A. Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH (sin especificar)
- B. Gasto en terapia antirretroviral (para adultos y población pediátrica)
- C. Gasto en monitoreo de laboratorio específica sobre el VIH (recuentos de células CD4, medición de carga vírica)
- D. Gasto relativo a TB/VIH
- E. Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada:
  - *Prevención para mujeres jóvenes y niñas adolescentes* (de entre 10 y 24 años de edad, exclusivamente en países con alta prevalencia del VIH)
  - *Circuncisión masculina médica voluntaria* (exclusivamente en países con alta prevalencia)
  - *Profilaxis previa a la exposición estratificada según grupos de población clave* (hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo; personas que usan drogas inyectables; personas transgénero; presos; mujeres jóvenes y niñas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad); parejas serodiscordantes)
  - *Preservativos (no dirigidos)*
  - *Prevención entre grupos de población clave* (hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo y sus clientes; personas que usan drogas inyectables; personas transgénero; presos y otras personas privadas de libertad).
- F. Gasto en prevención de la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH
- G. Gasto en facilitadores sociales
- H. Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres y chicas (de entre 10 y 24 años de edad, países con alta prevalencia del VIH, presupuestos asignados sobre VIH).

---

Se incluye seguidamente, de forma resumida, la definición de los subindicadores básicos y de los criterios asociados como son alcance, desagregación, poblaciones objetivo y métodos de medición. En el Anexo 2 se ofrece información más detallada sobre el elenco completo de áreas de programas e intervenciones sobre VIH. Además, como elemento de ayuda en la recopilación de datos y para el proceso de presentación de informes, el Anexo 2 ofrece una referencia cruzada entre las categorías de programas sobre VIH de la matriz de financiación nacional y las Categorías de Gasto sobre Sida (ASC, AIDS Spending Categories) de la Medición del Gasto Nacional relativo al Sida (MEGAS). La definición, ámbito y límites que correspondan a los servicios que se incluyen en la Matriz de Financiación Nacional de que ha de informarse en la herramienta en línea para la presentación de informes se describirán con mayor detalle en el registro de indicadores.

La mayor parte de los subindicadores básicos se han incluido en ciclos previos y forman parte de las directrices ya existentes. Las escasas excepciones aparecen resaltadas en el Anexo 2. El nuevo subindicador a destacar tiene que ver con la profilaxis previa a la exposición estratificada según grupos de población clave. Los nuevos subindicadores pueden requerir recopilación adicional de datos, que pueden ser diferentes de los utilizados en ciclos previos de presentación de informes. Todos los nuevos subindicadores aparecen marcados como "nuevo" en el Anexo 2.

---

**Numerador**

No aplicable

---

**Denominador**

No aplicable

---

**Tipo de datos**

Divisas y valores monetarios

---

**Cálculo**

Se aplican principios de rendición social de cuentas y sobre costes. Las correspondientes reglas, marcos de trabajo y principios se describen en los manuales y directrices específicos (se incluyen los correspondientes enlaces seguidamente).

El cálculo de cada servicio/programa o subindicador puede presentar características individuales para garantizar la adecuada contabilización de todos los componentes (por ejemplo, costes directos y compartidos de la provisión de servicios) y evitar dobles contabilizaciones; esos cálculos pueden ser diferentes según cada fuente de financiación y modalidad de prestación de servicios (o incluso según cada proveedor de servicios). Hay orientaciones disponibles ulteriores en las respectivas directrices y manuales que se enumeran al final de esta sección.

La cuantificación se limita a gastos nacionales y desagrega los gastos que utilicen fondos internacionales de ayuda al desarrollo y los gastos en que se haya incurrido utilizando fondos públicos o privados.

Existen ciertos requisitos para la recopilación y calidad de los datos para asegurar la fiabilidad y validez de los indicadores que garantizan la credibilidad.

La conciliación de estimaciones descendentes (procedentes de fuentes de financiación) y ascendentes (relacionadas con el coste de la prestación de servicios) ofrece la mejor evaluación de gasto nacional interno sobre VIH.

Los registros financieros y sobre programas procedentes de proveedores de servicios o de organizaciones de prestación de servicios son la base para la recopilación de datos.

Existen discrepancias documentadas significativas entre las asignaciones presupuestarias y los gastos reales. Por ello, no se recomienda el análisis presupuestario como base única para informar del gasto nacional sobre VIH.

Puede ser una buena práctica validar los gastos financiados por fuentes de financiación internacionales, fuentes de financiación nacionales y agentes financiadores, y también en relación con todas las partes interesadas.

---

**Método de medición**

*Primario:*

- Medición del Gasto Nacional relativo al Sida (MEGAS)

*Alternativo:*

- Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA-2011)

*Nota:*

- Los países pueden utilizar resultados producidos de forma centralizada para el Análisis de Gasto de PEPFAR para informar del gasto nacional interno financiado por PEPFAR y las correspondientes entidades relacionadas.
  - Las Cuentas de Salud que utilizan el marco System of Health Accounts-2011 con una distribución de enfermedades completa se proponen capturar elementos a nivel superior de las categorías de gasto nacional sobre sida. Sin embargo, dependiendo de los objetivos de un determinado ejercicio de seguimiento de recursos, el System of Health Accounts-2011 puede informar, o no, de la totalidad del gasto nacional (desagregado según programas) según se requiera. El marco contable SHA-2011 puede tener que ser complementado por principios sobre costes para desagregar la parte correspondiente a VIH de costes conjuntos en que haya incurrido el sistema.
- 

**Herramientas para la recopilación de datos**

Los países elaboran sus informes sobre gasto relativo al VIH según categorías de programas y fuentes de financiación utilizando la Matriz de Financiación Nacional. Se incluye un elenco de categorías completo de programas en el Anexo 2. Si los países han desarrollado un MEGAS completo y adecuado, la cumplimentación de la matriz de financiación constituye solamente una plantilla de resultados sobre el ejercicio. Si los países han desarrollado Cuentas de Salud utilizando el marco SHA-2011, pueden rellenarse las celdas de la matriz de financiación, en particular sobre recursos internacionales, y, en algunos casos, para la financiación nacional.

---

**Frecuencia de medición**

Anualmente para el año natural o fiscal. Dado que los resultados definitivos de cualquier ejercicio contable pueden demorarse más allá de la fecha límite para la presentación del informe anual, los países podrán enviar resultados preliminares, que luego serán sustituidos cuando estén disponibles los resultados definitivos. En este ciclo de presentación de informes, se sugiere que los países presenten todo el conjunto de informes anuales definitivos disponibles sobre los últimos 5 años, indicando su estatus de preliminares o definitivos y si vienen a sustituir a previos informes. No resulta necesario volver a presentar datos ya enviados en previos informes y que no hayan sufrido cambios. Puede contactarse con el ONUSIDA para recibir asistencia si los países desean enviar informes más recientes sobre gastos anteriores a 2010.

---

### Desagregación

- Fuente de financiación
- Categorías de programas sobre VIH y sida
- Para indicadores concretos, se alienta a los países a informar del gasto en los productos más destacados incluidos en el programa de que se trate (por ejemplo, antirretrovirales en el indicador sobre terapias antirretrovirales) separadas del resto de otros gastos directos e indirectos, como son prestación de servicios, etc.

### Puntos fuertes y débiles

Los países que hayan implementado una Medición del Gasto Nacional relativo al Sida (MEGAS) de forma adecuada podrán cumplimentar la plantilla con una tabla de resultados procedentes del ejercicio de MEGAS. Sin embargo, las MEGAS requieren un trabajo intensivo (y pueden ser relativamente costosas) precisan de tiempo para elaborarse correctamente, y utilizan una combinación de técnicas contables y sobre costes, por lo que las estimaciones sobre costes no son datos certificados, algo que pueden exigir determinados principios contables. Las estimaciones nacionales definitivas deberán ser validadas con las diferentes partes interesadas y ser trianguladas para incrementar su fiabilidad y validez.

Los países que hayan implementado un ejercicio anual de SHA-2011 pueden necesitar garantizar que las claves de asignación utilizadas para hacer una estimación del gasto sobre VIH a través del sistema sanitario se actualizan y permiten datos granulares para fuentes nacionales. Este proceso puede no utilizar datos certificados, como exigen algunos principios contables. Los países que acaben de empezar el proceso de informes de salud plenamente distributivos necesitan validar los resultados con otras fuentes ya existentes y con todas las partes interesadas para incrementar la fiabilidad y validez de las estimaciones, en particular su nivel mundial, potenciales duplicaciones y elementos de gasto significativos no contabilizados. Deberán añadirse los gastos no sanitarios. La implementación de las cuentas de salud precisa de planificación a medio y largo plazo, exige un uso intensivo de recursos y depende de la coordinación entre los contables sanitarios y los gestores de los programas.

Los países que utilicen análisis presupuestarios deberán cerciorarse de que los presupuestos asignados se hayan empleado, gastado, en la forma planificada, o, en otro caso, deberán complementar las estimaciones correspondientes a los gastos que no se hayan ejecutado de forma conforme con los presupuestos asignados.

### Listado de subindicadores básicos y metadatos estadísticos asociados

Subindicadores	Desagregación	Población objetivo	Qué mide
8.1. Gasto total relativo al VIH	Fuente de financiación, categoría de servicio/programa	No aplicable	Gasto total procedente de todas las fuentes, invertido en VIH y sida a nivel nacional, con inclusión tanto de los gastos sanitarios como de los no sanitarios.
A. Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH (no dirigidos; productos médicos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Población general bajo indicaciones específicas	Se utiliza el concepto de pruebas y asesoramiento sobre VIH para hacer referencia a todos los servicios que conllevan pruebas sobre el VIH que se realizan incluyendo actuaciones de asesoramiento, lo que incluye lo siguiente: pruebas y asesoramiento sobre VIH iniciados por el cliente; pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor; pruebas y asesoramiento sobre VIH como parte de campañas o a través de servicios de extensión o mediante pruebas a domicilio.  Deberá informarse de forma independiente de los gastos directos en la adquisición de reactivos para pruebas de laboratorio y pruebas rápidas en relación con otros costes, en cuanto sea posible.
B. Gasto sobre terapia antirretroviral (adultos y población pediátrica; productos médicos específicos independientemente)	Fuente de financiación, adultos y niños (menores de 15 años)	Personas que viven con el VIH	Terapia antirretroviral.  Gasto directo en la adquisición de antirretrovirales, independientemente de otros costes, según esté disponible.
C. Gasto en vigilancia de laboratorio específica para VIH (productos médicos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	Servicios de diagnóstico relacionados con el monitoreo clínica del sida.  Gasto directo en la adquisición de reactivos para laboratorios para recuentos de células CD4+ y cuantificación de la carga vírica, (independientemente de otros productos médicos, y la prestación de servicios independientemente de otros costes, según esté disponible).
D. Gasto relativo a TB/VIH (Productos médicos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Personas que viven con el VIH y personas que viven con tuberculosis	Exámenes, vigilancia clínica, servicios de laboratorio relacionados, tratamiento y prevención de TB (incluida isoniácida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa), así como pruebas de detección y remisión de pacientes de centros médicos que tratan la TB para pruebas y atención clínica sobre VIH.  Gasto directo en la adquisición de medicamentos para el tratamiento y prevención de la tuberculosis (incluida isoniácida y medicamentos para el tratamiento de cuadros de TB activa), independientemente de otros productos médicos y de costes relativos a la prestación de servicios, según esté disponible.

E. Gasto en los cinco pilares de la prevención combinada (Productos médicos específicos independientemente)	<p>Fuente de financiación, los cinco pilares de la prevención combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención para mujeres jóvenes y chicas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad, exclusivamente en países con alta prevalencia del VIH)</li> <li>▪ Circuncisión masculina médica voluntaria (exclusivamente en países con alta prevalencia)</li> <li>▪ Profilaxis previa a la exposición estratificada según grupos de población clave (hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo; personas que usan drogas inyectables; personas transgénero; presos; mujeres jóvenes y chicas adolescentes; parejas serodiscordantes)</li> <li>▪ Preservativos (sin especificar)</li> <li>▪ Prevención entre grupos de población clave (hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; profesionales del sexo y sus clientes; personas que usan drogas inyectables; personas transgénero; presos).</li> </ul>	Población general, grupos de población clave	<p>Este subconjunto de servicios de prevención se etiqueta y define como prevención combinada. El resto de servicios de prevención del VIH se habrán de especificar dentro de las categorías de la matriz de financiación nacional como parte de servicios de prevención más amplios.</p> <p>Este subconjunto incluye servicios de prevención específicamente diseñados y ejecutados para grupos de población clave, entre ellos servicios de prevención para mujeres jóvenes y chicas adolescentes (de entre 10 y 24 años de edad) en países de alta prevalencia, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y sus clientes, personas que usan drogas inyectables, circuncisión médica masculina, profilaxis previa a la exposición estratificada según grupos de población clave, así como promoción del uso del preservativo y su distribución entre la población general.</p> <p>Gastos directos en la adquisición de preservativos, agujas, jeringuillas y medicamentos para terapias de sustitución independientemente, según estén disponibles.</p>
F. Gasto en prevención de la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH (Productos médicos específicos independientemente)	Fuente de financiación	Mujeres embarazadas y recién nacidos	<p>Actuaciones dirigidas a la eliminación de nuevas infecciones por el VIH en niños, lo que incluye: Pruebas sobre VIH para mujeres embarazadas, terapias antirretrovirales para mujeres embarazadas que viven con el VIH y profilaxis con medicamentos antirretrovirales para recién nacidos y para prácticas de parto seguro; asesoramiento y apoyo para la nutrición materna y para lactancia materna exclusiva.</p> <p>Nota: Cuando una mujer que viva con el VIH reciba terapia antirretroviral como parte de su tratamiento antes de conocer si está embarazada, el tratamiento antirretroviral deberá incluirse en la categoría de terapia de medicación antirretroviral para adultos.</p>
G. Gasto en facilitadores sociales	Fuente de financiación	No aplicable	<p>Actividades de apoyo a la implementación de programas básicos según vienen definidos en el Marco de Trabajo para Inversiones del ONUSIDA, incluido compromiso político y actuaciones de promoción, medios de comunicación, legislación, políticas y prácticas legales, movilización comunitaria, programas sobre reducción del estigma y sobre derechos humanos.</p>
H. Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres y chicas (de entre 10 y 24 años de edad, países con alta prevalencia del VIH, presupuestos asignados sobre VIH).	Fuente de financiación	Mujeres jóvenes y niñas (10-24 años)	<p>Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres y chicas jóvenes (de entre 10 y 24 años de edad). Se define como una sinergia del desarrollo con implicaciones para la prevención del VIH.</p>

### Información adicional

Las directrices sobre Medición del Gasto Nacional relativo al Sida están disponibles en <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>

Los informes nacionales de Medición del Gasto Nacional relativo al Sida están disponibles en <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/nasacountryreports>

Las directrices sobre el Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011) están disponibles en <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en>

Las Cuentas de Salud están disponibles en la Global Health Expenditure Database (Base de Datos sobre Gasto Sanitario Global): <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Health Expenditures by Diseases and Conditions (HEDIC). Statistical working papers. Eurostat. 2016. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>



## 10.1 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis

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

---

### Qué mide

Avances en la detección y tratamiento de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH

---

### Justificación

La tuberculosis es una causa principal de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, lo que incluye también a las que reciben terapias antirretrovirales. Son esenciales una búsqueda activa de casos de TB y el acceso a diagnósticos y tratamientos de calidad para TB de conformidad con las directrices internacionales/nacionales para mejorar la calidad y duración de la vida de las personas que viven con el VIH. Es importante una medición del porcentaje de pacientes de TB VIH-positivos que acceden a un tratamiento adecuado para sus cuadros de TB y VIH.

---

### Numerador

Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el periodo del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte

---

### Denominador

Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH

La OMS calcula estimaciones anuales sobre el número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. Se dispuso de las estimaciones de 2015 para el denominador, provistas por los países en base a la notificación y cobertura de terapia antirretroviral, únicamente en el mes de agosto del año de reporte y no es necesario facilitarlas en el momento del informe. Las estimaciones para el año 2015 están disponibles en <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Registros e informes sobre terapia antirretroviral en centros sanitarios; herramientas de monitoreo de programas

Datos de programas y estimaciones sobre el número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH

---

### Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente, e informarse de ellos de forma anual. Deberá darse cuenta aquí del año más reciente para el que estén disponibles datos y estimaciones.

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (<15 años y 15+ años)
  - Ciudades
- 

### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

---

### Puntos fuertes y débiles

La adecuada detección y tratamiento de la tuberculosis permitirá prolongar la vida de las personas que viven con el VIH y reducir la carga que soportan las comunidades por esta enfermedad. La OMS ofrece estimaciones anuales sobre la carga de prevalencia de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH basadas en las mejores estimaciones disponibles sobre prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todas las personas que viven con el VIH que se infectan de TB deberán iniciar el tratamiento para TB y la terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes al inicio del tratamiento para TB, independientemente del recuento que presenten de células CD4. Las personas con VIH y tuberculosis con profunda inmunosupresión (recuentos de células CD4 de menos de 50 células/mm<sup>3</sup>) deberán recibir terapia antirretroviral dentro de las dos primeras semanas siguientes a iniciar su tratamiento para la tuberculosis. El tratamiento para TB deberá iniciarse de acuerdo con las directrices de los programas nacionales sobre TB.

Este indicador cuantifica el grado en que la colaboración entre los programas nacionales sobre TB y VIH garantiza que las personas que viven con el VIH y con TB puedan tener acceso a un tratamiento adecuado para ambas patologías. Sin embargo, este indicador se verá afectado por bajos niveles de uso de pruebas para VIH, escaso acceso a los servicios de atención sobre VIH y a la terapia antirretroviral, y por un pobre acceso al diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis. Se deberá hacer referencia a indicadores separados para cada uno de esos factores cuando se interpreten los resultados de este indicador.

Es importante que los profesionales que proveen atención sanitaria para el VIH y terapias antirretrovirales registren el diagnóstico y tratamiento de los casos de tuberculosis, ya que esa información tiene implicaciones para la elegibilidad para terapias antirretrovirales y para la selección del régimen antirretroviral. En consecuencia se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de casos de tuberculosis se registre en el registro antirretroviral.

---

---

**Información adicional**

WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1&ua=1)).

Global tuberculosis report 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)).

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

---

## 10.2 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH con TB activa

Número total de personas que viven con el VIH que tienen TB activa expresado como porcentaje de las que son registradas por primera vez para recibir atención para el VIH (pre-terapia antirretroviral o terapia antirretroviral) durante el periodo del que se informa

---

### Qué mide

La carga de TB activa entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en atención para el VIH por primera vez. También cuantifica indirectamente los esfuerzos para detectar de forma temprana TB asociada a VIH.

---

### Justificación

Los objetivos principales de la búsqueda de casos de TB en entornos de atención al VIH y de pruebas y asesoramiento sobre VIH iniciados por el proveedor para pacientes de TB son la detección temprana de cuadros de TB asociados con el VIH y la pronta provisión de terapias antirretrovirales y de tratamiento para TB. Aunque deberá intensificarse la búsqueda de casos de TB entre todas las personas que viven con el VIH en cada visita que se haga a centros de atención y tratamiento para el VIH, ello es particularmente importante en el momento en que esas personas se inscriben en esos servicios, ya que el riesgo de cuadros de TB no detectados es mayor entre pacientes que son inscritos en el tratamiento que entre los que ya están recibiendo terapias antirretrovirales. Además, las personas con TB que son inscritas para recibir atención médica que viven con el VIH pueden tener menor conocimiento de los síntomas y de la importancia de la detección temprana y el tratamiento, y por ello pueden no buscar atención médica para síntomas generales o específicos de la tuberculosis. Una búsqueda intensificada de casos ofrece la oportunidad de formar a las personas que viven con el VIH y de permitir detectar antes cuadros de TB. Todas las personas que viven con el VIH en las que se detecte TB deberán iniciar tratamiento contra TB de forma inmediata y terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes si aún no están recibiendo terapias antirretrovirales.

---

### Numerador

Número total de personas con TB activa durante el periodo del que se informa entre las que son registradas por primera vez para recibir atención médica para el VIH

---

### Denominador

Número total de personas que son inscritas por primera vez para recibir atención médica para el VIH durante el periodo del que se informa (pre-terapia antirretroviral más terapia antirretroviral)

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

El resultado de las actuaciones de investigación sobre TB entre personas que viven con el VIH de las que se supone que padecen TB deberá registrarse en las tarjetas de atención médica sobre VIH / terapia antirretroviral (en la columna sobre investigaciones en la sección encuentros) y en los registros sobre terapias preantirretrovirales y sobre terapias antirretrovirales (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente). De modo similar, los pacientes de TB que sean hallados VIH-positivos deberán ser inscritos para recibir atención para el VIH y deberá registrarse su situación en relación con la enfermedad de la tuberculosis en la tarjeta y registros sobre terapia antirretroviral.

*Para el numerador.* A la conclusión del periodo del que se informa, contar el número total de personas que viven con el VIH que son inscritas para recibir atención para el VIH (registros sobre terapia preantirretroviral y sobre terapia antirretroviral) que tienen cuadros activos de la enfermedad de la tuberculosis.

*Para el denominador.* Recuento del número total de personas que viven con el VIH que son inscritas para recibir atención médica para el VIH: es decir, que son inscritas para recibir terapia preantirretroviral o que empiezan a recibir terapia antirretroviral durante el periodo del que se informa.

Deberá evitarse la doble contabilización de un mismo sujeto en los registros sobre terapias preantirretrovirales y sobre terapias antirretrovirales. Además, la información sobre cuadros de tuberculosis de los registros de terapias preantirretrovirales y terapias antirretrovirales deberá actualizarse y conciliarse con los registros sobre TB en las unidades básicas de gestión relevantes antes de su consolidación y presentación a niveles superiores.

---

### Frecuencia de medición

Los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos a nivel nacional o subnacional como parte de los procedimientos de información trimestral de rutina. Asimismo, los datos deberán enviarse de forma anual a la OMS y el ONUSIDA.

---

### Desagregación

Ninguna

---

### Puntos fuertes y débiles

Revisar las tendencias en TB entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en servicios de atención sanitarias durante un determinado periodo puede ofrecer información útil sobre la carga de TB que se da entre ellas y sobre la eficacia de los esfuerzos que se hacen para detectar y tratar cuadros de tuberculosis asociados con el VIH de forma pronta.

Este indicador puede subestimar la actual carga de TB asociada con el VIH ya que puede excluir a pacientes que sean detectados a través de pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor sanitario pero no inscritos en atención para el VIH o que hayan difundido formas de TB, que permanezcan asintomáticos y que fueron pasados por alto durante pruebas rutinarias de detección de TB. Un valor alto en este indicador puede denotar altos índices de TB o pruebas de detección de TB eficaces y también programas de pruebas sobre VIH eficaces, mientras que un valor bajo puede reflejar malas prácticas de detección de TB o de las pruebas sobre el VIH, o también actuaciones de control sobre TB exitosas. En consecuencia, este indicador deberá ser interpretado de forma cautelosa.

---

### Información adicional

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

### 10.3 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron terapia preventiva para TB

Número de pacientes que han empezado el tratamiento para infecciones latentes de TB, expresado como porcentaje del número total de personas registradas por primera vez en atención para el VIH durante el periodo del que se informa

---

#### Qué mide

La medida en que las personas que viven con el VIH que se registran por primera vez en servicios de atención para el VIH empiezan el tratamiento para infecciones latentes de TB.

---

#### Justificación

Todas las personas que reciben atención para el VIH deben ser cribadas respecto a la TB en cada visita, utilizando un algoritmo clínico recomendado por la OMS. Los adultos y adolescentes que viven con el VIH que no presentan ninguno de los síntomas de la enfermedad (tos, fiebre, pérdida de peso o sudores nocturnos) es improbable que tengan un cuadro de TB activa y deberá ofrecérseles terapia preventiva para TB, es decir, tratamiento para una infección latente de TB. De modo similar, a los niños que no presenten una ganancia de peso deficiente, fiebre o tos deberá ofrecérseles terapia preventiva para TB para reducir el riesgo de desarrollo de TB activa, tanto para los que estén recibiendo terapia antirretroviral como para los que no.

---

#### Numerador

Número total de personas que viven con el VIH que se registran por primera vez en servicios de atención para el VIH que empiezan el tratamiento para infección latente de TB durante el periodo del que se informa

---

#### Denominador

Número total de personas que son registradas por primera vez para recibir atención para el VIH: es decir, registradas para pre-terapia antirretroviral o terapia antirretroviral durante el periodo del que se informa.

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

La terapia preventiva para TB deberá iniciarse para todas las personas elegibles y su fecha deberá registrarse en la tarjeta de atención para el VIH / terapia antirretroviral (sección encuentros). Quienes acepten el tratamiento y reciban como mínimo la primera dosis deberán volver a ser registrados en los registros de terapia preantirretroviral y de terapia antirretroviral (isoniacida, columna de mes y año de inicio).

*Numerador.* Recuento del número total de personas que viven con el VIH que se inscriben en servicios de atención sanitaria para el VIH durante el periodo del que se informa que empiezan el tratamiento para cuadros latentes de TB; es decir, las personas que reciben como mínimo una dosis de medicamentos anti-TB como es isoniacida.

*Denominador.* Recuento del número total de personas que viven con el VIH que son inscritas para terapias preantirretrovirales más las personas registradas para terapias antirretrovirales durante el periodo del que se informa.

Para una adecuada planificación y gestión de medicamentos, deberá recopilarse información más detallada de forma añadida a lo anterior. Puede utilizarse un registro dependiente de farmacias para registrar la asistencia de los pacientes y las recogidas de medicamentos. Alternativamente, el centro que ofrezca la terapia antirretroviral puede mantener un registro de tratamientos para infecciones latentes de TB de forma paralela con el registro de terapias antirretrovirales. Tal registro puede ofrecer valiosa información sobre el número de nuevos pacientes y de pacientes que continúan con su tratamiento para la infección latente por TB, así como índices de conclusión del tratamiento y acontecimientos adversos.

---

#### Frecuencia de medición

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

---

#### Desagregación

Ninguna

---

#### Puntos fuertes y débiles

Este indicador cuantifica la cobertura de las terapias preventivas para TB entre las personas que son inscritas para recibir atención sanitaria para el VIH. Sin embargo, carece de un punto de referencia sobre rendimiento aceptable. Ampliar esta intervención servirá de ayuda para desarrollar un punto de referencia a nivel nacional. A menos que se recopilen datos adicionales, este indicador no ofrece información sobre el número de individuos que cumplen o completan el curso del tratamiento.

---

#### Información adicional

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

## 10.4 Hombres con cuadros de secreción uretral

Número de hombres que informan de cuadros de secreción uretral en los anteriores 12 meses

---

### Qué mide

Avances en la reducción del nivel de relaciones sexuales sin protección entre hombres.

---

### Justificación

Los cuadros de secreción uretral son un síndrome de infección de transmisión sexual causado en la mayoría de los casos por *Neisseria gonorrhoeae* o por *Chlamydia trachomatis*. La presentación con síndrome de infección aguda de transmisión sexual, como es el de secreción uretral, es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y los cuadros de secreción uretral facilitan la transmisión y adquisición del VIH. La vigilancia de los casos de secreción uretral contribuye, en consecuencia, al seguimiento de segunda generación del VIH ofreciendo una alerta temprana sobre el riesgo potencial sobre VIH resultante de la transmisión sexual y continuadas actividades de riesgo que pueden requerir intervenciones programáticas más agresivas para reducir ese riesgo. Los cuadros de secreción uretral no tratados pueden resultar en infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada. Incrementar la resistencia a las opciones de tratamiento que se recomiendan para *Neisseria gonorrhoeae* puede resultar en que la infección devenga intratable.

---

### Numerador

Número de hombres que comunican cuadros de secreción uretral durante el periodo del que se informa

---

### Denominador

Número de hombres de 15 o más años de edad

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina

---

### Frecuencia de medición

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

---

### Desagregación

Ninguna

---

### Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha provisto una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o entre países, como también puede hacerlo la capacidad clínica de diagnóstico. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.

Los países, cuando informen sobre casos de cuadros de secreción uretral, deberán dar cuenta de la medida en que los datos que utilicen se consideren representativos de la población nacional.

Hacer un seguimiento de las tendencias en los cuadros de secreción uretral constituye un medio plausible para supervisar la incidencia de infecciones de transmisión sexual en una determinada población. Los datos sobre cuadros de secreción vaginal entre las mujeres, aunque son útiles para finalidades de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan para el nivel mundial porque, en muchos entornos, las infecciones de transmisión sexual no causan casos de secreción vaginal.

Los países deberán evaluar periódicamente las causas del síndrome de secreción uretral para comprender las causas de esos cuadros patológicos y, en consecuencia, los tratamientos adecuados.

Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Deberán examinarse las tendencias en grupos comparables a lo largo del tiempo.

---

### Información adicional

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

---

## 10.5 Gonorrea entre la población masculina

Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres de países que cuentan con capacidades de laboratorio para este tipo de diagnósticos

---

### Qué mide

Avances a la hora de reducir el número de hombres que tienen relaciones sexuales sin protección.

---

### Justificación

La infección con una infección bacteriana aguda de transmisión sexual, como es la gonorrea, es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y adquisición del VIH. La vigilancia de los casos de gonorrea contribuye, en consecuencia, al seguimiento de segunda generación del VIH ofreciendo una alerta temprana sobre el potencial riesgo sobre VIH resultante de la transmisión sexual y continuadas actividades de riesgo que pueden requerir intervenciones programáticas más agresivas para reducir ese riesgo. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada. Incrementar la resistencia a las opciones de tratamiento que actualmente se recomiendan puede resultar en que la infección devenga intratable.

---

### Numerador

Número de hombres que comunican cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio en los anteriores 12 meses

---

### Denominador

Número de hombres de 15 o más años de edad

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Sistemas de información sanitaria de rutina

---

### Desagregación

Ninguna

---

### Puntos fuertes y débiles

Aunque la OMS ha provisto una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones. Además, las capacidades de diagnóstico pueden variar entre países. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.

---

### Información adicional

Los países, cuando informen sobre casos de gonorrea, deberán dar cuenta de la medida en que los datos que utilicen sean representativos de la población nacional. Los datos sobre casos de gonorrea entre mujeres, aunque son útiles para finalidades de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a nivel mundial, porque la mayoría de la mujeres infectadas por *Neisseria gonorrhoeae* son asintomáticas, y no están ampliamente disponibles pruebas diagnósticas sensibles sobre gonorrea entre la población femenina en los países con ingresos bajos y medios. En consecuencia, los datos sobre gonorrea entre la población femenina dependen demasiado de recursos para diagnóstico y prácticas de detección que han de ser adecuadamente supervisadas a nivel local. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

---

## 10.6 Pruebas de hepatitis B

Proporción de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección de la hepatitis B

---

### Qué mide

Supervisa tendencias en pruebas sobre hepatitis B entre personas que inician terapias antirretrovirales, lo que constituye una actuación esencial para garantizar que reciban una combinación de fármacos para tratar la hepatitis B.

La presencia de antígeno de superficie de la hepatitis B indica una infección crónica con el virus de la hepatitis B (VHB). Conocer el estado serológico y el relativo a hepatitis B de las personas permite prescribir medicamentos antirretrovirales que son eficaces contra ambas infecciones.

---

### Justificación

Las pruebas para la hepatitis B identifican coinfecciones para adaptar el tratamiento

---

### Numerador

Número de personas que iniciaron terapias antirretrovirales que fueron sometidas a pruebas de hepatitis B durante el periodo del que se informa utilizando pruebas de antígeno de superficie de la hepatitis B

---

### Denominador

Número de personas que empiezan terapias antirretrovirales durante el periodo sobre el que se informa

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Registros clínicos o de laboratorio

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (<15 años y 15+ años)
  - Personas que usan drogas inyectables
- 

### Puntos fuertes y débiles

Este indicador supervisa los avances en las actividades de pruebas médicas de hepatitis B de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben atención por el VIH que conocen su coinfección con el virus de la hepatitis B. Ello se reflejaría en el indicador C.6 del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral de la OMS 2016, desagregado según estado serológico.

Este indicador se corresponde con el indicador LINK.27 (Rev.1) de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 sobre el VIH en el sector sanitario. Esa revisión comprendía considerar a las personas que inician terapias antirretrovirales, dado que ese es el mejor momento para someter a pruebas sobre coinfección a las personas que viven con el VIH.

---

## 10.7 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben terapia combinada

---

### Qué mide

Proporción de personas coinfectadas con el VHB y el VIH que reciben atención para el VIH que están siendo tratadas con medicamentos antirretrovirales que son eficaces contra ambos tipos de virus.

---

### Justificación

Las personas que viven con el VIH con frecuencia están coinfectadas con el VHB. La prevalencia de la coinfección es especialmente alta en la Región Africana y la Región Europea de la OMS, por la incidencia de transmisiones infantiles tempranas y el alto nivel de consumo de drogas intravenosas, respectivamente. Tratar la hepatitis B entre las personas que viven con el VIH influye sobre su calidad de vida, esperanza de vida y mortalidad. Algunos medicamentos antirretrovirales son eficaces tanto contra el VIH y el VHB, lo que simplifica el tratamiento de pacientes coinfectados.

---

### Numerador

Número de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben tratamiento con medicamentos antirretrovirales eficaces contra tanto el VIH como el VHB durante el periodo del que se informa

---

### Denominador

Número de personas diagnosticadas con el VIH y el VHB que reciben atención para el VIH durante el periodo del que se informa (12 meses)

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

El numerador y el denominador se calculan sobre la base de los registros clínicos de las instalaciones sanitarias que ofrecen tratamiento y atención para el VIH.

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

Personas que usan drogas inyectables

---

### Información adicional solicitada

Este indicador se corresponde con el indicador C.7a del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral, desagregado según estado serológico.

Si este indicador se produce únicamente en un subconjunto de instalaciones sanitarias, deberán recogerse las fuentes de información, el tamaño de la muestra y si la información es representativa de todos los centros en que se prestan servicios de tratamiento y atención para el VIH.

---

### Puntos fuertes y débiles

El cálculo de este indicador es un proceso sencillo. Dado que tanto el tratamiento para el VIH como para el VHB son permanentes para toda la vida de los pacientes, el indicador es una medición de la cobertura, de forma similar a lo que ocurre con el tratamiento para el VIH.

---



## 10.8 Pruebas de hepatitis C

Proporción de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección del virus de la hepatitis C (VHC)

---

### Qué mide

Supervisa tendencias en pruebas médicas de hepatitis C, que son una intervención esencial para evaluar las necesidades para controlar la hepatitis C. Las pruebas de hepatitis C ofrecen información sobre la prevalencia de la coinfección por VIH y VHC, lo que ofrece información para los profesionales sanitarios sobre la necesidad de evaluaciones clínicas y de laboratorio ulteriores, y de tratamiento.

---

### Justificación

Las pruebas para la hepatitis C identifican coinfecciones con el VIH y el VHC para adaptar el tratamiento

---

### Numerador

Número de adultos y niños que inician terapias antirretrovirales que fueron sometidas a pruebas para la hepatitis C durante el periodo del que se informa utilizando la secuencia de pruebas sobre anticuerpos anti-VHC seguidas de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa a VHC para quienes sean anti-VHC-positivos.

---

### Denominador

Número de adultos y niños que empiezan terapias antirretrovirales durante el periodo sobre el que se informa

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Registros clínicos o de laboratorio

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

- Sexo
  - Edad (<15 años y 15+ años)
  - Personas que usan drogas inyectables
- 

### Puntos fuertes y débiles

Los pacientes que son anti-VHC-positivos tienen una evidencia serológica de infecciones pasadas o presentes. Las personas que resultan anti-VHC-positivas deberán ser sometidas a ARN de VHC (detecta VHC que circula en la sangre) para diferenciar entre infecciones resueltas y infecciones actuales que requieran tratamiento.

Este indicador supervisa los avances en las actividades de pruebas médicas de hepatitis C de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que reciben atención por el VIH que conocen su coinfección con el virus de la hepatitis C. El indicador C.6 del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral desagregado según estado serológico refleja todo ello.

Este indicador se corresponde con el indicador LINK.28 (Rev.1) de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 sobre el VIH en el sector sanitario. Esa revisión comprendía considerar a las personas que inician terapias antirretrovirales, dado que ese es el mejor momento para someter a pruebas sobre coinfección a las personas que viven con el VIH.

---

## 10.9 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que inician tratamiento para el VHC

---

### Qué mide

Iniciación del tratamiento para VHC para personas coinfectadas con VIH y VHC entre las personas inscritas en servicios de atención para el VIH

---

### Justificación

La prevalencia de la coinfección por VHC es especialmente alta entre las personas que viven con el VIH en la Región Europea de la OMS, por el alto nivel de consumo de drogas intravenosas. Tratar a las personas que viven con el VIH y la hepatitis C entre las personas que viven con el VIH influye sobre su calidad de vida, esperanza de vida y mortalidad.

---

### Numerador

Número de personas diagnosticadas con coinfección por el VIH y el VHC que inician el tratamiento para el VHC durante un plazo especificado (como es 12 meses)

---

### Denominador

Número de personas diagnosticadas con el VIH y el VHC que reciben atención para el VIH durante un periodo especificado (como es 12 meses)

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

El numerador y el denominador se calculan sobre la base de los registros clínicos de las instalaciones sanitarias que ofrecen tratamiento y atención para el VIH.

---

### Frecuencia de medición

Anual

---

### Desagregación

Personas que usan drogas inyectables

---

### Puntos fuertes y débiles

Este indicador supervisa el acceso al tratamiento de la hepatitis C entre personas que viven con el VIH coinfectadas con el VHC. Su punto débil radica en que refleja únicamente un solo año de actividad. Describir el efecto acumulado de personas coinfectadas con el VIH y el VHC que inician su tratamiento requiere compilar datos acumulativos sobre las personas que inician su tratamiento y dar cuenta de las personas que se infectan por el VHC por primera vez y de las que se vuelven a infectar con el VHC en el denominador.

---

### Información adicional

Este indicador se corresponde con el indicador C.7b del marco de seguimiento y evaluación de la hepatitis viral de la OMS 2016, desagregado según estado serológico.

---

## 10.10 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH

Proporción de mujeres que viven con el VIH de entre 30 y 49 años de edad que comunican haber sido sometidas a pruebas de detección de cáncer de cuello de útero utilizando alguno de los siguientes métodos médicos: inspección con ácido acético o vinagre (VIA, por sus siglas en inglés), citología vaginal o prueba sobre el virus del papiloma humano (VPH)

---

### Qué mide

Proporción de mujeres que viven con el VIH que son sometidas a pruebas de detección del cáncer de cuello de útero.

---

### Justificación

El cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres que viven en países con ingresos medios o bajos, con un volumen estimado de nuevos casos de 530.000 en 2012 (un 84% de todos los que se producen en el mundo). En países de ingresos altos, hay programas en vigor que permiten a las mujeres someterse a esas pruebas de detección, lo que permite detectar la mayoría de las lesiones precancerosas en fases en que estas pueden ser fácilmente tratadas y curadas. Conseguir una alta cobertura entre las mujeres en pruebas de detección y tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas puede contribuir a garantizar una baja incidencia de cánceres invasivos de cuello de útero en países de ingresos altos.

Las mujeres que viven con el VIH son más vulnerables que las mujeres VIH-negativas al cáncer de cuello de útero y a desarrollar cánceres invasivos. El cáncer de cuello de útero invasivo es una condición definitiva del sida. Por esa razón, es importante realizar esas pruebas de detección entre las mujeres que viven con el VIH. Con ello se puede evitar hasta el 80% de los casos de cáncer de cuello de útero en esos países.

---

### Numerador

Número de mujeres que viven con el VIH de entre 30 y 49 años de edad que dan cuenta de haberse sometido a una prueba de detección del cáncer de cuello de útero en que se haya utilizado alguno de los siguientes métodos: VIA, citología vaginal o prueba para el VPH.

---

### Denominador

Todas las mujeres encuestadas que viven con el VIH de entre 30 y 49 años de edad.

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Encuestas basadas en poblaciones nacionalmente representativas

---

### Frecuencia de medición

Los datos deberán recopilarse como mínimo cada cinco años

---

### Desagregación

- Edad (entre 30 y 49 años o de acuerdo con las directrices nacionales)
- Lugar de residencia (urbano o rural)

---

### Puntos fuertes y débiles

Entre las potenciales limitaciones se incluyen sesgos en la información provista para las encuestadas, que, por ejemplo, pueden asumir incorrectamente que cualquier examen pélvico era una prueba sobre cáncer de cuello de útero, y la limitada validez de los instrumentos de encuestas.

---

### Información adicional

Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, WHO Sixty-Sixth World Health Assembly, WHA66.10, World Health Organization ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf))

Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: indicator definitions and specifications. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf)).

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012 (IARC CancerBase No. 11; <http://globocan.iarc.fr>).

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en)).

---

# Directrices para completar el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales

## **Introducción**

El Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) es un componente integral de la Vigilancia Mundial del Sida que se propone cuantificar los avances en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y legislación relativas a la respuesta frente al sida, mediante las siguientes actuaciones:

- Promoviendo consultas y debates entre partes interesadas clave a nivel nacional, especialmente los gobiernos y la sociedad civil, para captar sus perspectivas sobre la respuesta frente al sida.
- Apoyando a los países en la evaluación que estos hacen de su situación y respuesta a la epidemia del VIH y detectando barreras y deficiencias, y elementos facilitadores con que fortalecer esa respuesta.
- Recopilando datos sobre el entorno legal y de políticas de actuación relacionados con la respuesta frente al sida.

Las respuestas supervisarán de forma directa u ofrecerán un contexto sobre los avances para la consecución de los 10 compromisos de Acción Rápida y los objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030.

El ICPN deberá ser completado y presentado como parte de los informes de Vigilancia Mundial del Sida cada dos años. Este marco de trabajo refleja la consideración de que es previsible que los cambios en legislación, políticas de actuación y regulaciones se produzcan de forma lenta, y de que la necesidad de actuaciones de vigilancia más frecuente puede ser limitada.

El ICPN ha venido siendo un componente de los procedimientos de información mundial sobre el sida desde el año 2003 y ha sido implementado cada dos años (por última vez en 2014). En 2012 se cambió el nombre de la herramienta, que pasó de denominarse

Índice Compuesto sobre Políticas Nacionales a llamarse Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales, para reflejar así mejor su estructura.

### **Un ICPN revisado**

En el año 2014 se inició una revisión del ICPN, con el propósito de proponer un instrumento revisado que reflejase las lecciones aprendidas en anteriores implementaciones de la herramienta, así como el entorno y las necesidades actuales en materia de datos. La revisión consistió en un examen administrativo, una encuesta en línea, entrevistas con informadores clave y cinco proyectos piloto nacionales sobre un cuestionario revisado. Se recibieron muchas aportaciones durante todo el proceso de revisión, de puntos focales nacionales para la información mundial sobre el sida, representantes de la sociedad civil, copatrocinadores del ONUSIDA y miembros del personal del ONUSIDA.

La revisión sirvió para concluir que la participación y el diálogo entre gobiernos y la sociedad civil a través del proceso ICPN aportaba un gran valor añadido, siendo el ICPN un claro punto de entrada para la sociedad civil en este proceso de presentación de información mundial sobre el sida. Hubo también un amplio consenso sobre el hecho de que la estructura y contenido del ICPN había sido de utilidad. Está disponible bajo solicitud previa ([aidsreporting@unaid.org](mailto:aidsreporting@unaid.org)) un informe completo sobre esa revisión.

Se identificaron algunas incidencias clave con el ICPN, como por ejemplo sobre la extensión del cuestionario, que limitaba su utilidad a la hora de orientar el diálogo, y preguntas ambiguas que llevaban a interpretaciones diferentes de preguntas y sus respuestas. Los informes narrativos ofrecían dificultades de análisis, y los datos no eran fácilmente accesibles una vez que los países presentaban sus informes. También

había algunas reservas sobre el procedimiento del ICPN, especialmente en relación con la selección de encuestados y sobre si se permitía que todas las partes interesadas tuviesen voz en algunos contextos.

Por primera vez, en 2017, se integra en la presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida un nuevo cuestionario y un nuevo procedimiento para su cumplimentación, integrando observaciones y aportaciones sobre los diversos elementos de la revisión. Para que los datos recopilados a través del ICPN sean valiosos y de la más alta calidad, el proceso y estructura del ICPN deberá reflejar una mayor claridad, inclusividad y transparencia, y estar fundamentado en pruebas. El ICPN no incluye áreas para las que hay otras pruebas disponibles o para las se capturarían mejor datos o se interpretarían de forma más clara mediante otras herramientas.

Los cambios clave en el ICPN son los siguientes:

- Preguntas redactadas con mayor especificidad.
- Se proveen directrices adicionales sobre identificación y participación de partes interesadas en el proceso de presentación de informes del ICPN y también para completar el cuestionario, lo que incluye la definición de la terminología clave.
- Complementariedad, con menor duplicación de las preguntas que se incluyen en las Partes A y B.
- Uso de datos procedentes de bases de datos ya existentes sobre legislación y políticas de actuación, con la posibilidad de actualizaciones de los países.
- Integración del ICPN con el Cuestionario sobre Políticas de la OMS.
- Armonización con otros cuestionarios sobre políticas.
- Mayor integración del ICPN con el proceso, más amplio, de presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida.

Algunas preguntas y opciones para respuestas incluidas en el nuevo cuestionario del ICPN se han adaptado a herramientas y bases de datos ya existentes que reflejaban preguntas previamente desarrolladas y/o probadas para capturar datos sobre temas incluidos en el ICPN, para aprovechar la experiencia acumulada en la construcción de esas otras herramientas y armonizar los datos que se recopilan mundialmente sobre esas cuestiones.

### **Estructura del ICPN**

El ICPN se divide en dos partes. La Parte A deberá ser completada por autoridades nacionales, y la Parte B deberá ser completada por socios de la sociedad civil y otros no gubernamentales que participen en la respuesta nacional frente al sida.

Las preguntas que contiene tanto la Parte A como la Parte B se estructuran en torno a los 10 compromisos de Acción Rápida y los objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030.<sup>11</sup>

### **Pasos propuestos para la recopilación y validación de datos**

El proceso que se describe a continuación para cumplimentar el ICPN deberá estar integrado con el plan y el plazo de cada país para el proceso mundial de Vigilancia Mundial del Sida.

1. Establecer un grupo de trabajo para acompañar el proceso de presentación de informes relativos al ICPN. Puede ser un grupo técnico de trabajo multisectorial ya establecido de seguimiento y evaluación.

2. Identificar una persona que coordine la conclusión de la Parte A (a través del programa nacional sobre el sida o su equivalente) y la Parte B (un representante de la sociedad civil):
3. Los grupos de trabajo sobre el ICPN llevan a cabo un ejercicio de identificación de partes interesadas para seleccionar de forma sistemática personas que puedan contribuir en las Partes A y B.

Este ejercicio de identificación puede servir para garantizar que puedan recopilarse los datos más actualizados y precisos a través del ICPN implicando a expertos relevantes y para evitar la influencia de potenciales sesgos o prejuicios en el proceso de presentación de informes. Con ello se puede garantizar que los informes reflejen una amplio elenco de perspectivas. Hacer partícipes a un amplio abanico de partes interesadas puede ser de utilidad en la interpretación de datos cualitativos o potencialmente ambiguos.

La lista de personas o entidades que puedan aportar información o perspectivas sobre las preguntas que se incluyen en el ICPN puede obtenerse de los integrantes de grupos de trabajo y mediante contactos con otras personas conectoras de la respuesta nacional frente al VIH, y revisando documentación relevante.

Pueden identificarse partes interesadas de entre los siguientes sectores y grupos, entre otros:

- Ministerio de sanidad o su equivalente.
- Ministerio de educación o su equivalente.
- Ministerio para las cuestiones de género o su equivalente.
- Ministerio de justicia o su equivalente.
- Ministerio de comercio o su equivalente.

<sup>11</sup> Compromisos de Acción Rápida para acabar con el sida para el año 2030. Ginebra: ONUSIDA; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/fast-track-commitments\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf), último acceso realizado en fecha 15 de noviembre de 2016).

- Representantes de las personas que viven con el VIH, entre ellas mujeres y personas jóvenes que viven con el virus.
- Representantes de los diversos grupos de población clave.
- Organizaciones bilaterales y multilaterales que participan en la respuesta frente al VIH.
- Otras organizaciones o fundaciones no gubernamentales que participan en la respuesta al VIH.
- Sector privado.

Se deberá considerar el factor de la diversidad geográfica a la hora de identificar a las partes interesadas relevantes, para garantizar su representatividad.

Deberá registrarse la siguiente información sobre todas las partes interesadas con que se entre en contacto en este proceso:

- Nombre.
- Datos de contacto.
- Organización a la que se está afiliado/a.
- Función dentro de la organización.
- Tipo de parte interesada: ministerio de sanidad, otro ministerio, sector privado, sociedad civil, ONG internacional, organización bilateral, ONUSIDA u otra entidad de las Naciones Unidas.

Esta información puede de ser de utilidad para documentar la multisectorialidad del proceso y para apoyar la preparación de futuras rondas de información sobre el ICPN.

4. Recopilar respuestas para las preguntas del ICPN: para garantizar la precisión y evitar fatigas innecesarias se sugiere dirigir de forma específica a cada concreto informador las preguntas que

se correspondan con área de conocimiento, según proceda. Las personas encargadas de la coordinación de las Partes A y B, y el o los asesores seleccionados para apoyar el proceso, coordinan el contacto con las partes interesadas previamente identificadas, por ejemplo a través de entrevistas personales, por teléfono o por correo electrónico, para compartir con ellas las preguntas del ICPN que se correspondan con su área de experiencia y para reunir sus respuestas.

Si resulta posible, se recomienda remitir una misma pregunta a más de una parte interesada, de entre las que tengan conocimiento de causa en su temática. Si hubiese respuestas discordantes, el coordinador que se ocupe de la parte que corresponda del ICPN compartirá un resumen de la información que se haya recibido para la pregunta de que se trate con las diferentes partes interesadas que hayan facilitado la información en cuestión, para esclarecer el origen de las diferentes respuestas y alcanzar un consenso, si es posible. Para evitar posibles prejuicios o sesgos, deberá mantenerse el anonimato de los informantes tanto como sea posible durante este proceso de verificación de datos y de seguimiento.

Las respuestas para las preguntas incluidas a la vez en la Parte A y en la Parte B no necesariamente han de ser las mismas, pero puede ser de utilidad identificar preguntas similares y diferentes para su debate durante la consulta.

La versión en PDF del cuestionario (Partes A y B) está disponible en el sitio web del ONUSIDA y también puede descargarse a través del encabezado del ICPN que se incluye en la lista de indicadores de la herramienta en línea de

presentación de informes Vigilancia Mundial del Sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

5. La persona encargada de la coordinación de la Vigilancia Mundial del Sida introduce las respuestas en la herramienta en línea de presentación de informes.
6. Las diferentes partes interesadas visualizarán los borradores de las respuestas y ofrecerán comentarios y observaciones sobre ellos. El borrador del ICPN cumplimentado puede compartirse con partes interesadas concediéndoles facultades de visualización para la herramienta en línea de presentación de informes Vigilancia Mundial del Sida o bien compartiendo en PDF el cuestionario del ICPN con las versiones preliminares de las respuestas. El PDF puede extraerse de la herramienta en línea de presentación de informes haciendo clic en el enlace "Print all NCPI to PDF" que se incluye en la página con la lista de indicadores.
7. Realizar una consulta de validación:
  - Para revisar respuestas del ICPN para preguntas determinadas.
  - Para analizar los datos del ICPN conjuntamente con los datos sobre indicadores, identificar avances, deficiencias, obstáculos y elementos facilitadores para la respuesta frente al sida.
  - Para identificar puntos clave para los resúmenes narrativos correspondientes a cada área de compromisos.

A causa de la extensión del cuestionario, se recomienda que no se revisen las respuestas a todas las preguntas durante el taller de trabajo de validación nacional, sino que ese taller de trabajo se centre en preguntas específicas identificadas como preguntas clave para su debate durante el proceso de

recopilación y revisión de datos antes del taller de trabajo, y también en el debate de los avances y deficiencias que tengan que ver, más generalmente, con cada área de compromisos.

8. Actualizar las respuestas para el ICPN introducidas en la herramienta en línea de presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida atendiendo a los comentarios y observaciones recibidos en la preparación de las consultas y durante ellas, y completar los resúmenes narrativos relativos a cada área de compromisos.
9. Presentar las respuestas del ICPN con los demás componentes de la Vigilancia Mundial del Sida en o antes del día 31 de marzo de 2017.
10. Responder a las consultas que se publiquen en la herramienta en línea de presentación de informes durante el proceso de validación de datos.

Este proceso que se sugiere tiene como propósito integrar comprobaciones sobre la coherencia para los datos del ICPN recopilados durante todo el procedimiento y propiciar un análisis de la información que sea lo más objetivo posible.

### **Puesta en marcha y uso de los datos del ICPN**

Los datos que se recopilen a través del ICPN complementarán los datos sobre indicadores y gastos también recopilados y de los que se informará a través del proceso de Vigilancia Mundial del Sida. Se alienta a los países a utilizar los datos del ICPN a la hora de analizar la situación de la epidemia en cada país y la respuesta a ella, y en las actuaciones de planificación estratégica nacional.

Mundialmente, los datos del ICPN también se utilizarán para supervisar los 10 compromisos de Acción Rápida y los objetivos ampliados de forma directa o para que ofrezcan un contexto para los



datos cuantitativos recopilados a través de los indicadores sobre Vigilancia Mundial del Sida y para perfilar las estrategias e informes mundiales. Las respuestas de cada país para las preguntas del ICPN se agregarán para generar valores regionales y mundiales. Los datos del ICPN por países estarán también disponibles a través de AIDSInfo.

### **Datos incorporados previamente de bases de datos externas**

Para reducir la carga de trabajo en la presentación de informes que pesa sobre los países y facilitar la validación de datos sobre la existencia de legislación y políticas de actuación dentro del ICPN, estos datos están disponibles para ser integrados en la herramienta en línea de presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida haciendo clic en los botones "load data" (cargar datos) que aparecen junto a cada pregunta.

Los países pueden facilitar datos actualizados o corregidos para las preguntas para las que es posible cargar datos ya existentes ofreciendo información actualizada en la herramienta en línea de presentación de informes de Vigilancia Mundial del Sida y publicando documentación relevante haciendo clic en el botón "load file" (cargar archivo) situado en la parte superior de la página con la sección de preguntas de la herramienta en línea de presentación de informes.

### **Definiciones**

Deberán utilizarse las siguientes definiciones de terminología clave incluida en el cuestionario del ICPN para cumplimentar el cuestionario. El uso coherente de las definiciones a lo largo del tiempo y entre los diferentes países reforzará la comparabilidad y los análisis de tendencias. Los términos que se definen en la lista que se incluye seguidamente aparecen marcados con un asterisco (\*) en el cuestionario.

**Mecanismos comunitarios de rendición de cuentas en el contexto de los programas para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.** Pueden incluir cualesquiera de los siguientes mecanismos.

- *Tarjetas de calificación de los ciudadanos.* Encuestas a gran escala para reunir opiniones de los usuarios utilizadas para actuaciones de promoción a fin de ampliar la rendición de cuentas pública.
- *Tarjetas de evaluación comunitarias.* Reuniones organizadas para que las comunidades y los trabajadores sanitarios valoren la calidad de los servicios y luego desarrollar planes de actuaciones de remedio de forma consensuada.
- *Servicios orientados al cliente y eficaces para el proveedor (COPE).* Un complemento para los programas de mejora de la calidad basados en centros médicos que implica a los trabajadores sanitarios a la hora de reunir información de las comunidades que les rodean.
- *Calidad definida de forma conjunta.* Con facilitación externa, los trabajadores sanitarios y las comunidades definen y examinan la calidad de los servicios, establecen prioridades entre las diferentes cuestiones e implementan un plan de acción.
- *Garantía de calidad centrada en el paciente.* Un proceso que supone realizar entre 50 y 100 entrevistas de fin del servicio a clientes en un periodo de cada tres a seis meses, reunir datos, establecer prioridades entre las diferentes cuestiones, redactar planes de acción y presentar resultados.
- *Evaluación sanitaria rápida entre pares y participativa para tomar medidas.* Diagnosticar de forma rápida la calidad utilizando listas de verificación, establecer prioridades entre las diversas prioridades identificadas, difundir resultados y desarrollar un plan de actuaciones de remedio. Las aportaciones comunitarias

proceden de entrevistas a clientes y debates de grupos de discusión femeninos y masculinos en que se valora la calidad en relación con indicadores específicos.

- *Supervisión con apoyo integrado.* Visitas trimestrales a centros por parte de equipos que incluyan a representantes comunitarios. Entre los diferentes métodos se incluyen entrevistas a clientes y listas de verificación.
- *Comisiones sanitarias.* Comisiones locales que incluyan a miembros de las comunidades y supervisen la calidad de los servicios. Algunas de ellas realizan visitas ad hoc; otras tienen programas de seguimiento más formales.

**Participación.** Participación activa e informada en la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de todas las decisiones, políticas e intervenciones que afecten a la salud para garantizar el respeto por los derechos humanos. También significa garantizar que los sistemas e intervenciones sanitarios sean sensibles, eficaces, apropiados y sostenibles. La participación es informada cuando las personas pueden acceder a la información que se requiere para permitir que participen de forma significativa y eficaz. Si fuese necesario, deberán llevarse a cabo actuaciones de capacitación para garantizar tal cosa.<sup>12</sup>

**Violaciones graves o sistemáticas de los derechos humanos.** La cualificación como "graves" indica violaciones de los derechos humanos serias, flagrantes y notorias. La violación del derecho a la vida o a la integridad física constituiría una grave violación de los derechos humanos. Por "sistemáticas" se hace referencia al número de personas afectadas

<sup>12</sup> Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres: Harm Reduction International; 2016 ([https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI\\_PrisonProjectReport\\_FINAL.pdf](https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf), acceso: 15 de noviembre de 2016).

por esas violaciones de derechos y a su frecuencia en el tiempo. Supone un patrón de contravenciones de los derechos humanos, y no un caso aislado.

**Legislación contra la discriminación.** Entre la legislación contra la discriminación y demás disposiciones de este tipo se incluyen la prohibición de la discriminación laboral basada en la orientación sexual, la prohibición constitucional de la discriminación basada en la orientación sexual, otras disposiciones contra las diferentes formas de discriminación relativa a la orientación sexual, la prohibición de los actos de incitación al odio por razón de la orientación sexual y la consideración de los delitos de odio motivados por la orientación sexual de la víctima una circunstancia agravante.

**Protección social:** Se define como "todas las iniciativas públicas y privadas que ofrecen ingresos o transferencias de consumo para las personas pobres, protegen a la población vulnerable contra riesgos para sus medios de vida, y mejoran la posición social y los derechos de las personas marginadas; su objetivo general es reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres y marginados".<sup>13</sup> La protección social es sensible al VIH cuando tiene un carácter inclusivo para las personas que están en riesgo de infección por el virus o que pueden verse afectadas por las consecuencias de la epidemia.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> HIV and social protection guidance note. Ginebra: ONUSIDA; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2014unaidsguidancenote\\_HIVandsocialprotection\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).  
Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (<http://www.ids.ac.uk/publication/transformative-social-protection1>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>14</sup> HIV and social protection guidance note. Ginebra: ONUSIDA; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2014unaidsguidancenote\\_HIVandsocialprotection\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

**Violencia doméstica.** Violencia entre cónyuges, dentro de la familia o sobre miembros del mismo hogar o en relaciones interpersonales, lo que incluye actos de violencia contra compañeros sentimentales que están sujetos a sanciones penales o que puedan dar lugar a órdenes de protección por violencia doméstica.<sup>15</sup>

**Violencia por parte de un compañero sentimental.** Conducta dentro del ámbito de las relaciones sentimentales que causa daño físico, sexual o psicológico, lo que incluye actos de agresión física, coerción sexual, maltrato psicológico y comportamientos controladores.<sup>16</sup>

**Violencia de género** Violencia que establece, mantiene o se propone reafirmar relaciones de poder desiguales por razones de género. Incluye todos los actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, o la amenaza de tales actos, coerciones y otros ataques a la libertad.<sup>17</sup>

**Educación sobre sexualidad y el VIH para la vida cotidiana.** Un enfoque culturalmente relevante y apropiado para cada grupo de edad a la educación sobre sexualidad y relaciones mediante la facilitación de información científicamente precisa, realista y libre de prejuicios.<sup>18</sup>

**Estándares internacionales sobre educación sexual.** Puntos de referencia estandarizados para los programas de educación sexual con que garantizar su calidad, entre los que se incluye (1) educación sobre capacidades generales para la vida (para la toma de decisiones, comunicación y negociación personal), (2) salud sexual y reproductiva y educación sobre sexualidad (sobre crecimiento y desarrollo humano, relaciones, salud reproductiva, abusos sexuales e infecciones de transmisión sexual); y (3) transmisión y prevención del VIH.<sup>19</sup>

**Transferencias de efectivo.** Programas que ofrecen dinero a las personas más pobres y vulnerables. Las transferencias de efectivo pueden ofrecerse bajo ciertas condiciones, concediendo aportaciones económicas a cambio de llevar a cabo determinados comportamientos, como son garantizar la asistencia escolar de los hijos, o bien pueden no estar sujetas a condiciones, y no exigir determinados comportamientos.

**Carácter transformador en materia de género.** Los enfoques transformadores desde el punto de vista del género alientan una concienciación crítica en materia de roles y normas de género, e incluyen formas con que transformar normas nocivas en normas de género más equitativas para fomentar relaciones de poder también más justas entre hombres y mujeres, y entre las mujeres y los demás miembros de cada comunidad. Promueven los derechos y la dignidad de la mujer, confrontan la distribución injusta y desigual de recursos y la asignación de roles entre hombres y mujeres, y consideran las necesidades específicas de unos y otras. Tales enfoques pueden implementarse de

<sup>15</sup> Women, business and the law – methodology [sitio web]. Washington (DC): Banco Mundial; 2016 (<http://wbl.worldbank.org/methodology>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>16</sup> Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>17</sup> UNAIDS 2015 terminology guidelines. Ginebra: ONUSIDA; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016)

<sup>18</sup> UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS. International technical guidance on sexuality education. Volumen I. París: UNESCO; 2009.

<sup>19</sup> Emerging evidence, lessons, and practice in comprehensive sexuality education: a global review. París: UNESCO; 2015 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002431/243106e.pdf>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

forma independiente entre mujeres y niñas, de una parte, y hombres y niños, de otra. Sin embargo, también se están implementando cada vez más con hombres y mujeres y niñas y niños juntos y de forma intergeneracional, ya sea de forma simultánea o coordinada para confrontar normas nocivas para hombres y mujeres y relaciones de poder desiguales que puedan contar con el respaldo de todos los integrantes de la comunidad.<sup>20</sup>

#### **Indicadores sensibles a las cuestiones de género.**

Indicadores que ayudan a comprender injusticias relacionadas con el género y la desigualdad de género como factor social determinante para la salud. Los indicadores sensibles en materia de género se utilizan para cuantificar la actual situación de mujeres u hombres en relación con específicas normas o en comparación con otro grupo de referencia, como puede ser la proporción de niñas escolarizadas en la enseñanza primaria en comparación con la situación de los niños. También se utilizan para medir y supervisar desigualdades en el acceso a servicios sanitarios (por ejemplo, diferencias en la proporción de mujeres y hombres que tienen acceso a terapias antirretrovirales) y el éxito de actuaciones dirigidas a reducir las desigualdades de género a lo largo del tiempo.<sup>21</sup>

#### **Flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual**

**relacionados con el Comercio:** "El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio" (ADPIC), supervisado por la Organización Mundial del Comercio, ofrece ciertas flexibilidades para países de ingresos bajos y medios con respecto a la protección de patentes farmacéuticas. El Acuerdo ADPIC es uno de los tres acuerdos principales de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Requiere de todos los Estados Miembros de la OMC que ofrezcan un nivel mínimo de protección para diversos tipos de propiedad intelectual, lo que incluye patentes sobre medicamentos esenciales (como es el caso de los medicamentos antirretrovirales). El Acuerdo ADPIC contiene ciertas flexibilidades y salvaguardas relacionadas con la sanidad pública, como son licencias obligatorias, que pueden utilizarse para ampliar el acceso a medicamentos esenciales. Los países menos desarrollados están exentos de la obligación de conceder patentes farmacéuticas hasta el día 1 de enero de 2016. Para obtener más información, se puede consultar [www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/trips\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm)<sup>22</sup> y [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/27-trips.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf).

**Desabastecimiento.** Interrupción no prevista en las existencias de un producto sanitario.

<sup>20</sup> OMS, ONUSIDA. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw\\_hiv\\_epidemic/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016).

<sup>21</sup> OMS, ONUSIDA. A practical tool for strengthening gender-sensitive national monitoring and evaluation systems for HIV and sexual and reproductive health. De próxima publicación.

<sup>22</sup> UNAIDS 2015 terminology guidelines. Ginebra: ONUSIDA; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf), último acceso en fecha 15 de noviembre de 2016)

# Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales: Parte A

## Abreviaturas y acrónimos

<b>3TC</b>	lamivudina
<b>ABC</b>	abacavir
<b>Acuerdo</b>	
<b>ADPIC</b>	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>ATV/r</b>	atazanavir reforzado con ritonavir
<b>AZT</b>	zidovudina
<b>d4T</b>	stavudina
<b>DTG</b>	dolutegravir
<b>EFV</b>	efavirenz
<b>FTC</b>	emtricitabina
<b>INNTI</b>	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
<b>INTI</b>	inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
<b>LGBTI</b>	personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales
<b>LPV/r</b>	lopinavir reforzado con ritonavir
<b>NGO</b>	organización no gubernamental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PPrE</b>	profilaxis previa a la exposición
<b>RCP</b>	reacción en cadena de la polimerasa
<b>RPR</b>	reagina plasmática rápida
<b>TDF</b>	tenofovir disoproxil fumarato
<b>TPHA</b>	prueba de hemaglutinación del <i>Treponema pallidum</i>
<b>TPPA</b>	prueba de aglutinación de partículas para <i>Treponema pallidum</i>
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory

## 1. Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020

- Compromiso con los objetivos 90–90–90
- Abordar regulaciones, políticas y prácticas que impiden el acceso a medicamentos genéricos, servicios de diagnóstico y tecnologías sanitarias relacionadas seguras, eficaces y asequibles, lo que incluye garantizar el completo uso de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), y fortalecer las capacidades regionales y locales para desarrollar, fabricar y distribuir productos sanitarios asequibles con garantía de calidad.

\* Las directrices para el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales definen los términos marcados con un asterisco (\*).

---

### Pruebas sobre VIH

---

#### 1. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enfoques en cuanto a pruebas sobre VIH se utilizan en su país (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:

- Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- Pruebas prenatales rutinarias
- Pruebas y asesoramiento de base comunitaria
- Pruebas a domicilio
- Pruebas a través de proveedores no profesionales
- Pruebas autodiagnósticas
- Notificación asistida para parejas

---

#### 2. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las *Directrices consolidadas de la OMS 2015 sobre los servicios de pruebas sobre VIH en un procedimiento nacional sobre directrices para este tipo de pruebas?*

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No
- No lo sé

---

#### 3. ¿Ha adoptado o incluido su país pruebas autodiagnósticas sobre VIH como política o plan nacional?

- Sí
- No

#### 3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿están implementadas las pruebas autodiagnósticas sobre VIH?

- Sí
- No

#### 3.2 Si la respuesta es negativa, ¿tiene su país planes para incluir esas pruebas autodiagnósticas en su política de actuación nacional en el futuro?

- Sí
- No

#### 3.2a Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está planificado que se incluyan las pruebas autodiagnósticas:

- No hay un año previsto para esa actuación
  - 2016
  - 2017
  - 2018
  - 2019
  - 2020
-

---

**4. ¿Ha incluido su país la notificación asistida a parejas en su política nacional?**

- Sí  
 No

**4.1 Si la respuesta es negativa, ¿tiene su país planes para incluir la notificación asistida a parejas en su política nacional en el futuro?**

- Sí  
 No

**4.1a Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está planificado que se incluya esa notificación asistida a parejas:**

- No hay un año previsto para esa actuación  
 2016  
 2017  
 2018  
 2019  
 2020

---

**5. ¿Cuenta su país con una política que establezca que las pruebas sobre el VIH se facilitarán...?**

- De forma gratuita para todos  
 De forma gratuita para algunas personas  
 Con un coste

---

**6. ¿Existe alguna ley, regulación o política que establezca que las pruebas de VIH...?:**

**a) Se realizan únicamente sobre la base del consentimiento informado y voluntario**

- Sí  
 No

**b) Son obligatorias antes del matrimonio**

- Sí  
 No

**c) Son obligatorias para obtener un permiso de trabajo o de residencia**

- Sí  
 No

**d) Son obligatorias para ciertos grupos**

- Sí  
 No

**d.i. Si la respuesta es afirmativa, especifíquense esos grupos \_\_\_\_\_**

---

**7. ¿Cuenta su país con políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de pruebas y asesoramiento sobre VIH e inclusión en servicios de atención sanitaria?**

- Sí  
 No

**7.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen (seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- Intervenciones racionalizadas (vinculación potenciada, revelación, rastreamiento)?  
 Enfoques basados en apoyo de pares y navegación para pacientes?  
 Enfoques sobre optimización de la calidad?  
 Pruebas sobre células CD4 en puntos de atención sanitaria?  
 Otras opciones?: Especificar \_\_\_\_\_
-

---

## Terapia antirretroviral

---

8. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las *Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH para 2016* de la OMS en un procedimiento nacional en...?:

a) **Directrices sobre terapia antirretroviral para adultos**

- Sí, se ha completado
- En curso
- No
- Otras opciones: por favor, comentar: \_\_\_\_\_

b) **Directrices sobre PTMI**

- Sí, se ha completado
- Ese proceso está en curso
- No
- Otro: por favor, comentar: \_\_\_\_\_

c) **Directrices sobre terapia antirretroviral pediátrica**

- Sí, se ha completado ese proceso
- Ese proceso está en curso
- No
- Otras opciones: por favor, comentar: \_\_\_\_\_

d) **Directrices operativas / de prestación de servicios**

- Sí, se ha completado ese proceso
- Ese proceso está en curso
- No
- Otras opciones: por favor, comentar: \_\_\_\_\_

e) **Mes y año en que las directrices sobre terapia antirretroviral se revisaron por última vez:**

- Mes \_\_\_\_\_
- Año \_\_\_\_\_

Favor cargar una copia de directrices nacionales actualizadas que estén disponibles.

---

9. ¿Cuál es el umbral recomendado de CD4 para iniciar terapias antirretrovirales en adultos y adolescentes que sean asintomáticos, de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Sanidad?

- TRATAMIENTO UNIVERSAL independientemente del recuento de células CD4
- ≤500 células/mm<sup>3</sup>
- ≤350 células/mm<sup>3</sup>
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

9.1 ¿Cuál es la situación de implementación del umbral de CD4 seleccionado más arriba?:

- Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento
- Implementado en muchos (>50%) de los centros de tratamiento
- Implementado en todo el país
- No implementado en la práctica
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

9.2 Si su país no ha adoptado todavía una política de TRATAMIENTO UNIVERSAL, de conformidad con las *Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH*, ¿existe un plan para avanzar hacia la adopción e implementación de una política de TRATAMIENTO UNIVERSAL en el futuro?

- Sí
  - No
-



---

**9.2a** Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está previsto que se implemente el TRATAMIENTO UNIVERSAL.

- No hay un año previsto para esa actuación
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020

---

**10.** ¿Cuenta su país con tecnología de pruebas de CD4 en el punto de atención?

- Sí
- No

---

**11.** ¿Qué porcentaje (estimado) de centros primarios de asistencia sanitaria de su país tienen acceso a alguna forma de pruebas de recuento de célula CD4 para sus pacientes, ya sea in situ o mediante remisión médica a centros cercanos?

\_\_\_\_\_ %

---

**12.** ¿Las directrices nacionales de su país recomiendan la terapia antirretroviral (seleccionar todas las opciones que correspondan)...?

- Para todas las personas que viven con el VIH con TB activa
- Para todas las personas que viven con el VIH con hepatitis B y enfermedad hepática grave
- Para el miembro seropositivo de la pareja en parejas serodiscordantes
- Para las personas que viven con el VIH identificadas como pertenecientes a grupos de población clave, independientemente de su recuento de células CD4
- Otro: especificar \_\_\_\_\_
- No lo sé

---

**13.** ¿Están permitidas en su país terapias antirretrovirales iniciadas por personal de enfermería para alguno de los siguientes grupos de población? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Adultos que no sean mujeres embarazadas (hombres, mujeres y transgénero)
- Mujeres embarazadas
- Adolescentes (10-19 años de edad)
- Niños menores de 10 años
- Ninguna de las opciones anteriores

---

**14.** ¿Cuenta su país con una política nacional que promueve la entrega comunitaria de terapia antiretroviral?

- Sí
- No

**14.1** Si la respuesta es afirmativa, especifique qué enfoques se siguen para la entrega comunitaria de terapias antirretrovirales \_\_\_\_\_

---

**15.** ¿Se provee en su país terapia antirretroviral en entornos comunitarios (como afuera de instalaciones de salud) para las personas que se hallan estables en su terapia antirretroviral?

- Sí
- No

**15.1** Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada?

- Nacionalmente
- Regionalmente
- En centros piloto
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

---

**16.** ¿Tiene su país una política nacional sobre priorización de personas con cuadros avanzados de enfermedad por VIH?:

- Sí
  - No
-

---

17. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para las personas que muestran situaciones estables en su terapia antirretroviral?

- Sí  
 No

17.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de esas visitas clínicas incluida en la política nacional:

- 1 vez al mes  
 Cada 3 meses  
 Cada 6 meses  
 Cada 12 meses

---

18. ¿Tiene su país una política nacional sobre el nivel de frecuencia con que las personas que tienen una situación estable en su terapia antirretroviral deberán recoger medicamentos antirretrovirales?

- Sí  
 No

18.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de las recogidas de medicamentos antirretrovirales incluida en la política nacional:

- 1 vez al mes  
 Cada 3 meses  
 Cada 6 meses  
 Cada 12 meses

---

19. ¿Cuál o cuáles de las siguientes modalidades de provisión de servicios se incluyen en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:

- Los proveedores de servicios de tuberculosis proveen terapia antirretroviral en centros atención de tuberculosis  
 Los proveedores de terapia antirretroviral ofrecen tratamiento para TB en entornos de terapia antirretroviral  
 Los proveedores de servicios para madres, recién nacidos y niños ofrecen terapia antirretroviral en centros sanitarios de atención para madres, recién nacidos y niños  
 Servicios de asesoramiento y apoyo nutricional provistos para personas que viven con el VIH que presentan cuadros de malnutrición  
 Terapia antirretroviral provista en entornos en que se ofrece terapia de sustitución de opiáceos  
 Los proveedores de atención sanitaria primaria proveen terapia antirretroviral en entornos de atención sanitaria primaria  
 Apoyo para el paciente  
 Terapia antirretroviral provista en la comunidad como parte de un modelo de atención sanitaria diferenciado  
 Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares  
 Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento sobre salud mental  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

### Regímenes de terapia antirretroviral

#### Adultos y adolescentes

20. ¿Son TDF/3TC o (FTC)/EFV las combinaciones de antirretrovirales de primera línea de preferencia en las directrices nacionales para la iniciación de tratamiento entre...?

a) **Adultos y adolescentes**

- Sí  
 No  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_

a.i. Si no es así, ¿se está introduciendo DTG como el régimen antirretroviral de primera línea en su país?

- Sí  
 No

b) **Mujeres embarazadas**

- Sí  
 No  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_
-

---

21. ¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral combinada con dosis fijas (FDC, en inglés) como la terapia antirretroviral de primera línea de preferencia? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Sí, combinación de dosis fija de 3 medicamentos suministrados una vez al día
- Sí, combinación de dosis fija de 2 medicamentos + 1 medicamento diferente
- No
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

22. ¿Es AZT/3TC (o FTC)/ATV/r (o LPV/r) la combinación de antirretrovirales de segunda línea de preferencia para adultos y adolescentes que viven con el VIH en las directrices nacionales?

- Sí
- No
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

### Niños

---

23. ¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) de preferencia para la iniciación del tratamiento en niños menores de 3 años que viven con el VIH?

- Abacavir (ABC)
- Zidovudina (AZT)
- Stavudina (d4T)
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

24. ¿Son los regímenes basados en LPV/r la opción de tratamiento de preferencia para todos los recién nacidos y niños de menos de 36 meses de edad que viven con el VIH (independientemente de su exposición a INNTI) en las directrices nacionales?

- Sí, para todos
- No, pero se recomienda únicamente para niños expuestos a INNTI
- No se recomiendan

---

25. ¿Se recomienda efavirenz (EFV) como INNTI de preferencia para la iniciación del tratamiento en niños de 3 o más años de edad?

- Sí
- No
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

26. ¿Cuál es la piedra angular en INTI para la iniciación del tratamiento en niños de entre 3 y 10 años en las directrices nacionales?

- TDF + 3TC (o FTC)
- AZT + 3TC (o FTC)
- ABC + 3TC (o FTC)
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

27. ¿Cuál es la piedra angular en INTI para la iniciación del tratamiento en niños de más 35 kg de peso y por lo menos 10 años de edad en las directrices nacionales?

- TDF + 3TC (o FTC)
- AZT + 3TC (o FTC)
- ABC + 3TC (o FTC)
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

### Carga viral

---

28. ¿Tiene su país una actual política nacional sobre pruebas de carga viral de rutina para el monitoreo de la terapia antirretroviral y en qué medida está implementada esa política?

- a) Para adultos y adolescentes
  - Sí, plenamente implementada
  - Sí, parcialmente implementada
  - Sí, pero no está implementada
  - No, pruebas de carga viral específicas únicamente
  - No existen políticas sobre pruebas de carga viral

---

**b) Para niños**

- Sí, plenamente implementadas
- Sí, parcialmente implementadas
- Sí, pero no están implementadas
- No, pruebas de carga viral específicas únicamente
- No existen políticas sobre pruebas de carga viral

**28.1 Si su país tiene una política nacional sobre pruebas de carga viral de rutina, ¿cuál es la frecuencia que se recomienda en esa política para las pruebas sobre supresión de carga viral?**

- Anual
- Episódica
- Anual y también episódica
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

**29. ¿En qué lugares están disponibles actualmente en su país pruebas de carga viral?**

- Están disponibles en centros especializados únicamente
- Están disponibles en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral, ya sea in situ o mediante remisión médica
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**29.1 Si en las instalaciones sanitarias que ofrecen terapia antirretroviral de su país están disponibles pruebas de carga viral, favor estimar el porcentaje de esas instalaciones que tienen disponibles pruebas de carga viral. \_\_\_\_\_%**

---

**30. ¿Hay pruebas de carga viral en puntos de atención en alguna instalación sanitaria de su país?**

- Sí
- No

---

**31. ¿Tiene su país una política para priorizar las pruebas de carga viral entre grupos de población y/o situaciones seleccionadas (es decir, mujeres embarazadas, recién nacidos, adolescentes)?**

- Sí
- No

**31.1 Si la respuesta es monitorear, ¿está implementada?**

- En todo el país
- En un amplio número de centros
- En un reducido número de centros

---

**Resistencia a medicamentos para el VIH**

---

**32. ¿Cuenta su país con sistemas en vigor para supervisar la resistencia a medicamentos antirretrovirales?**

- Sí
- No

---

**33. En los tres últimos años, ¿ha llevado su país a cabo monitorear vigilancia sobre resistencia a medicamentos para el VIH de acuerdo con los siguientes protocolos de la OMS?:**

**a) Encuestas sobre resistencia a medicamentos de pretratamiento<sup>23</sup>**

- Sí
- No

**a.i. Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- Año en que se inició por última vez \_\_\_\_\_
- Número de clínicas estudiadas \_\_\_\_\_
- Número de pacientes participantes en la encuesta \_\_\_\_\_

**b) Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos<sup>24</sup>**

- Sí
- No

---

<sup>23</sup> Para mayor información, véase [http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment\\_drugresistance/en/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/en/).

<sup>24</sup> Para mayor información, véase [http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/en/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/en/).

---

**b.i. Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- Año en que se inició por última vez \_\_\_\_\_
- Número de clínicas estudiadas \_\_\_\_\_
- Número de pacientes participantes en la encuesta \_\_\_\_\_

**c) Encuestas sobre resistencia adquirida a medicamentos entre población infantil**

- Sí
- No

**c.i. Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- Año en que se inició por última vez \_\_\_\_\_
- Número de clínicas estudiadas \_\_\_\_\_
- Número de pacientes participantes en la encuesta \_\_\_\_\_

**d) Resistencia a medicamentos para el VIH entre bebés (<18 meses) utilizando diagnóstico infantil temprano<sup>25</sup>**

- Sí
- No

**d.i. Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- Año en que se inició por última vez \_\_\_\_\_
- Número de laboratorios muestreados \_\_\_\_\_
- Número de pacientes participantes en la encuesta \_\_\_\_\_

**e) Encuestas o monitoreo de rutina de rendimiento clínico utilizando indicadores de alerta temprana sobre resistencia a medicamentos para el VIH**

- Sí
- No

**e.i. Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- Año en que se inició por última vez \_\_\_\_\_
- Número de clínicas estudiadas \_\_\_\_\_

---

**34. Excluyendo enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿realiza su país esfuerzos sistemáticos continuados para monitorear en el país la toxicidad de medicamentos antirretrovirales?**

- Sí
- No

**34.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfoques se utilizan? (seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- Los sitios centinela reportan toxicidad
- Vigilancia activa dentro de cohortes establecidas para evaluar un conjunto de resultados terapéuticos
- Vigilancia activa dentro de cohortes establecidas únicamente para monitorear la toxicidad
- Registro de embarazos
- Vigilancia de anomalías congénitas
- Monitoreo de parejas madre-hijo durante la lactancia

---

**Adherencia y retención**

**35. ¿Tiene su país políticas y/o estrategias nacionales sobre apoyo a la adherencia?**

- Sí
  - No
- 

<sup>25</sup> Para mayor información, véase <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/en/>.

---

**35.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:**

- Consejería de pares
- Mensajes de texto
- Uso de dispositivos recordatorios
- Terapia cognitivo-conductual
- Formación sobre capacidades conductuales / formación sobre adherencia a medicaciones
- Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
- Gestión de casos
- Navegación entre pares
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

**36. ¿Tiene su país políticas y/o estrategias nacionales sobre retención en terapia antirretroviral?:**

- Sí
- No

---

**36.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:**

- Intervenciones de base comunitarias
- Asociaciones de adherencia terapéutica y apoyo entre pares
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

**37. ¿Se ha implementado alguna de las siguientes servicios de apoyo a la adherencia en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Consejería de pares
- Mensajes de texto
- Uso de dispositivos recordatorios
- Terapia cognitivo-conductual
- Formación sobre capacidades conductuales / formación sobre observancia de medicaciones
- Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
- Gestión de casos
- Navegación entre pares
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

**38. ¿Hay disponibles en su país programas de alfabetización terapéutica para las personas que viven con el VIH, incluida información sobre efectos secundarios, resistencia a medicamentos, etc.?**

- Sí
- No

---

**ADPIC**

---

**39. ¿Qué flexibilidades\* de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio relativos a la salud pública están incorporadas en la legislación nacional de su país sobre propiedad industrial y/o intelectual, y cuáles se han utilizado para favorecer el acceso a productos relacionados con el VIH y/o a otros productos sanitarios?**

Flexibilidades de ADPIC relacionadas con la salud pública	¿Están incorporadas en la legislación nacional sobre propiedad industrial/intelectual?	Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué año se utilizaron por última vez?	Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos médicos se han utilizado?
Agotamiento de derechos (importación paralela) (art. 6)	Sí/No		
Materias patentables (art. 27)	Sí/No		
Excepción para usos de investigación y experimentación (art. 30)	Sí/No		
Exención regulatoria (Bolar) (art. 30)	Sí/No		

---

Licencias obligatorias (art. 31)	Sí/No
Uso público no comercial (uso gubernamental) (art. 31)	Sí/No
Ámbito de protección para datos de pruebas farmacéuticas (art. 39.3)	Sí/No
Legislación sobre competencia (artículo 40)	Sí/No
Periodos de transición (artículos 65.2, 65.4 y 66.1)	Sí/No

2. Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018

#### Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

40. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH?:

- Sí  
 No

40.1 Si la respuesta es afirmativa, especificar:

- Objetivo(s) sobre índice de transmisión maternoinfantil \_\_\_\_\_  
 Año \_\_\_\_\_  
 Objetivo(s) de eliminación (como es el número casos / población)  
 Año \_\_\_\_\_

41. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda nacionalmente para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Sanidad?:

- Tratamiento Universal para las mujeres embarazadas / mujeres lactantes para toda la vida  
 Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) durante el embarazo y la lactancia únicamente  
 Otras opciones: especificar régimen \_\_\_\_\_

41.1 Si su país está aplicando la política de TRATAMIENTO UNIVERSAL para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que viven con el VIH, ¿de qué forma se está implementando?

- Implementado en un pequeño número (>50%) de centros de salud maternoinfantil  
 Implementado en un amplio número (>50%) de centros de salud maternoinfantil  
 Implementado en todo el país  
 No implementado en la práctica  
 Otra situación

42. ¿Cuál es el régimen de terapia antirretroviral de primera línea que se recomienda nacionalmente para mujeres embarazadas y mujeres lactantes que viven con el VIH?:

- TDF/3TC(FTC)/EFV  
 Otras opciones (especificar) \_\_\_\_\_

43. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda nacionalmente para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH para recién nacidos expuestos al VIH?:

- a) Especifíquese el régimen de profilaxis para recién nacidos \_\_\_\_\_  
b) Duración recomendada del régimen \_\_\_\_\_

---

44. ¿Cuenta su país con una recomendación nacional sobre alimentación infantil para recién nacidos expuestos al VIH?

- Sí, lactancia
- Sí, alimentación de sustitución
- Sí, ambas prácticas están recomendadas, pero sujetas a la elección individual o dependen de diferentes entornos
- No

44.1 Si se recomienda la lactancia para mujeres VIH-positivas y recién nacidos expuestos al VIH, ¿está especificada su duración recomendada?:

- Sí (especificar la duración en meses) \_\_\_\_\_
- No

---

45. ¿Está el apoyo alimentario y nutricional integrado en su país con programas PTMI?

- Implementado en pocos (<50%) centros de salud maternoinfantil
- Implementado en muchos (>50%) centros de salud maternoinfantil
- Implementado en todo el país
- No implementado en la práctica
- Otra situación

---

46. ¿Cuenta su país con una estrategia nacional sobre intervenciones en el parto de mujeres que viven con el VIH que no han recibido previamente la prueba de VIH?

- Sí, plenamente implementada
- Sí, parcialmente implementada
- Sí, pero no está implementada
- No

---

47. ¿Está la transmisión vertical del VIH criminalizada en su país?

- Sí
- No

---

#### Eliminación de la transmisión de madre a hijo de la sífilis

---

48. ¿Tiene su país un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?:

- Sí, integrado con iniciativas sobre el VIH o con otras iniciativas de eliminación
- Sí, pero es independiente (no está integrado con otras iniciativas relacionadas con el VIH u otras iniciativas de eliminación)
- No existe un plan nacional

---

49. ¿Cuenta su país con una política nacional para la detección rutinaria de la sífilis entre mujeres embarazadas?

- Sí
- No

49.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de pruebas se utilizan?:

- Pruebas de laboratorio no treponemales (como son RPR/VDRL)
- Pruebas de laboratorio treponemales (como son TPPA/TPHA)
- Pruebas rápidas treponemales sobre sífilis (como son Bioline, Determine, Chembio)
- Pruebas rápidas duales sobre VIH/sífilis

---

#### Diagnóstico temprano en los recién nacidos

---

50. ¿En qué momento recomiendan las directrices nacionales de su país que los bebés sean sometidos a pruebas para la detección del VIH (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- En el momento del nacimiento
  - 2 meses
  - 6 meses
  - 12 meses
  - 18 meses
  - 24 meses
-



---

51. Además de los entornos PTMI, ¿algunos de los siguientes centros realiza la prueba de VIH para niños? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Salas hospitalarias pediátricas
- Centros de nutrición
- Clínicas de inmunización
- Clínicas ambulatorias
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

52. ¿Cuenta su país con una política para ofrecer pruebas de ácido nucleico para niños expuestos al VIH (diagnóstico infantil temprano, RCP ADN) en el momento del nacimiento?

- Sí
- No

---

53. ¿Son sometidos los niños expuestos al VIH a pruebas de anticuerpos del VIH a los nueve meses?

- Sí
- No

---

54. ¿Está implementándose en su país una prueba final de anticuerpos del VIH a los 18 meses de edad o transcurridos tres meses del final del periodo de lactancia?

- Sí
- No

---

55. ¿Cuenta su país con una política o recomendaciones para pruebas sobre carga vírica en puntos de atención sanitaria para la detección infantil temprana?

- Sí
- No

55.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada?

- En todo el país
- En un amplio número de centros
- En un reducido número de centros

---

#### Participación comunitaria en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

---

56. ¿Cuántas instalaciones sanitarias de su país están proveyendo servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) en el país? \_\_\_\_\_

¿Cuántas instalaciones sanitarias que proveen servicios PTMI tienen en vigor mecanismos de rendición de cuentas comunitaria\*? \_\_\_\_\_

---

57. ¿Existen intervenciones dirigidas para garantizar que las siguientes consideraciones relativas a los derechos humanos reciben respuesta como parte de programas sobre PTMI? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Consentimiento libre e informado como única base para las pruebas y/o tratamiento para el VIH
- Consentimiento libre e informado como única base para la provisión de abortos, anticonceptivos y/o esterilización de mujeres que viven con el VIH
- Confidencialidad y privacidad
- Prevención de abusos graves y sistemáticos de los derechos humanos\* como parte de programas PTMI
- Actuaciones de diligencia debida para dar respuesta a los casos de violaciones de los derechos humanos como parte de programas PTMI

---

58. ¿Ha tenido lugar alguna reunión a nivel nacional para revisar los avances en PTMI en los últimos doce meses?

- Sí
- No

58.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Estuvieron representadas las comunidades y la sociedad civil en esa reunión de revisión nacional?

- Sí
- No

b) ¿Se dio la oportunidad a las comunidades y a la sociedad civil de ofrecer sus comentarios?

- Sí
  - No
-

---

c) ¿La comunidad y la sociedad civil aportaron análisis de forma sistemática?

- Sí  
 No

d) ¿Esos análisis provistos por las comunidades y la sociedad civil se documentó y difundió tras esa reunión?

- Sí  
 No

e) ¿Participan\* las mujeres que viven con el VIH en su país en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relativas a PTMI?

- Sí  
 No
- 

### Antirretrovirales para niños

---

59. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para todos los bebés y niños que viven con el VIH independientemente de los síntomas que presenten?

- Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <1 años  
 Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <2 años  
 Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <5 años  
 Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <10 años  
 Tratamiento universal  
 Otras opciones (especificar) \_\_\_\_\_

59.1 ¿Cuál es en su país la situación de implementación de la política sobre edad de corte?

- Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento  
 Implementado en muchos (>50%) de los centros de tratamiento  
 Implementado en todo el país  
 No implementado en la práctica  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_
- 

60. ¿Cuándo se considera en su país que se ha perdido el seguimiento de un niño que haya iniciado terapia antirretroviral?

- Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 1 mes  
 Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 2 meses  
 Cuando no ha sido visto en los servicios de atención para el VIH o en recogidas de medicamentos en farmacia durante 3 meses
- 

61. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan para garantizar que no se pierda el seguimiento de adolescentes nacidos con el VIH cuando pasan a ser incluidos en la atención sobre VIH para adultos?

- Sí  
 No
- 

62. ¿Se monitorean las cohortes de niños que reciben terapia antirretroviral (por ejemplo, cerciorándose de que esos niños siguen vivos y que están recibiendo terapia antirretroviral) en los registros nacionales a intervalos de 6 y 12 meses?

- Sí  
 No
- 

63. ¿Están los programas de monitoreo del crecimiento y nutricionales para niños integrados en su país con las pruebas y el tratamiento para el VIH?

- Implementado en pocos (<50%) centros de tratamiento  
 Implementado en muchos (>50%) centros de tratamiento  
 Implementado en todo el país  
 No implementado en la práctica  
 Otra situación
-

3. Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)

- Garantizar que el 90% de las personas en riesgo de infección por el VIH tengan acceso a amplios servicios de prevención del VIH, entre ellas los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que usan drogas inyectables y los presos
- Alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición para 2020
- Alcanzar a 25 millones de hombres con actuaciones de circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta incidencia para el año 2020
- Poner a disposición de la población 20.000 millones de preservativos anualmente de aquí a 2020 en países con ingresos bajos y medios

---

**64. ¿Han sido incluidas las Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención para el VIH de la OMS 2016 para grupos de población clave en la política nacional o en los planes nacionales sobre VIH?**

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No
- No lo sé

---

#### Legislación

---

**65. ¿Están criminalizadas o perseguidas legalmente las personas transgénero?**

- Están criminalizadas y son perseguidas legalmente
- Están criminalizadas
- Están perseguidas legalmente
- No están criminalizadas ni son perseguidas legalmente

---

**66. ¿Está el travestismo criminalizado en su país?**

- Sí
- Sí, aunque solo en algunas partes del país
- Sí, aunque solo bajo ciertas circunstancias
- No

---

**67. ¿Está criminalizado el trabajo sexual en su país?**

- Vender y comprar servicios sexuales está criminalizado
- Vender servicios sexuales está criminalizado
- Comprar servicios sexuales está criminalizado
- Existe una penalización parcial del trabajo sexual
- Otras regulaciones sancionadoras del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sometido a regulaciones sancionadoras o no está criminalizado
- Determinado / diferencias a nivel subnacional

---

**68. ¿Tiene su país leyes que criminalicen los actos sexuales entre personas del mismo sexo?**

- Sí, con la pena de muerte
  - Sí, con penas de prisión (con entre 14 años de prisión y cadena perpetua)
  - Sí, con penas de prisión (con hasta un máximo de 14 años de prisión)
  - No hay establecidas sanciones penales específicas
  - No existe legislación específica al respecto
  - La legislación que penaliza los actos homosexuales ha sido despenalizada o nunca ha existido
-

---

69. ¿Su país retiene en la legislación pena de muerte para delitos relacionados con drogas?

- Sí  
 No

69.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su nivel de aplicación?

- Aplicación alta (las condenas a muerte y la ejecución de personas condenadas por ese tipo de delitos son parte normal del sistema de justicia penal)  
 Aplicación baja (aunque puedan haberse ejecutado condenas a muerte por delitos relacionados con drogas, en la práctica la aplicación es relativamente baja)  
 Aplicación simbólica (la pena de muerte para esos delitos se incluye en la legislación, pero no se llevan a cabo ejecuciones)  
 No hay datos suficientes para clasificar al país en ninguna de las anteriores categorías (aplicación alta, aplicación baja y aplicación simbólica)

---

70. ¿Constituye una infracción sancionable en su país la posesión de drogas para uso personal?

- El uso o consumo de drogas constituye una infracción legal  
 La posesión de drogas para uso personal está contemplada como una infracción penal  
 La posesión de drogas para uso personal está contemplada como una infracción de carácter no penal  
 Es obligatoria la detención para los delitos relacionados con drogas

---

71. ¿Tiene su país otras normas legales punitivas que afecten a lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales?

- Sí, legislación de promoción  
 Sí, leyes sobre moralidad pública o normas religiosas que limitan la libertad de expresión o asociación de lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales.  
 No

---

**Protecciones legales para grupos de población clave**

---

72. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes protecciones legales para las personas transgénero (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en la diversidad de género  
 Prohibiciones de la discriminación laboral basada en la diversidad de género  
 Se reconoce legalmente un tercer género  
 Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la diversidad de género  
 No

---

73. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes protecciones legales para los profesionales del sexo (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en el trabajo que se ejerza  
 El trabajo sexual está reconocido como trabajo  
 Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia al trabajo sexual  
 No

---

74. ¿Tiene su país legislación u otras disposiciones que establezcan protecciones relativas a la orientación sexual de las personas? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en la orientación sexual  
 Los delitos de odio motivados por la orientación sexual de la víctima se consideran una circunstancia agravante  
 Están prohibidos los actos de incitación al odio basados en la orientación sexual de las personas  
 Prohibición de la discriminación laboral basada en la orientación sexual de las personas  
 Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la orientación sexual de las personas

---

75. ¿Cuenta su país con legislación específica contra la discriminación\* u otras disposiciones que correspondan a las personas que consumen drogas?

- Sí  
 No

---

76. ¿Existen referencias de apoyo explícitas en políticas nacionales sobre la reducción de daños?

- Sí  
 No
-

---

76.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿abordan esas políticas nacionales las necesidades específicas de las mujeres que consumen drogas?

- Sí  
 No
- 

**Prevención del VIH entre profesionales del sexo**

---

77. ¿Cuenta su país con una estrategia nacional de prevención para reducir las nuevas infecciones entre los profesionales del sexo, y para la provisión de servicios entre los profesionales del sexo y sus clientes?

- Sí  
 No

77.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia nacional incluye...? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Empoderamiento y capacitación comunitarios para las organizaciones de profesionales del sexo  
 Servicios de extensión de base comunitaria para profesionales del sexo y sus clientes  
 Distribución de preservativos para profesionales del sexo y sus clientes  
 Servicios clínicos para profesionales del sexo y sus clientes  
 Servicios de apoyo legal para profesionales del sexo  
 Actuaciones para dar respuesta a la violencia de género  
 Actuaciones para reducir el estigma y la discriminación en el entorno sanitario
- 

78. ¿Ha establecido su país objetivos nacionales sobre prevención del VIH para el año 2020?

- Sí  
 No

78.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención entre profesionales del sexo y sus clientes para el año 2020?  
Número anual de nuevas infecciones por VIH entre profesionales del sexo y sus clientes \_\_\_\_\_

Porcentaje de profesionales del sexo y sus clientes alcanzados por servicios de prevención del VIH:

Profesionales del sexo \_\_\_\_\_

Clientes \_\_\_\_\_

---

**Prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**

---

79. ¿Cuenta su país con una estrategia nacional de prevención para reducir las nuevas infecciones y proveer servicios entre los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

- Sí  
 No

79.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia nacional para los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres incluye...?:

- Empoderamiento y capacitación comunitarios para organizaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres  
 Servicios de extensión de base comunitaria  
 Distribución de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos  
 Servicios de prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)  
 Servicios clínicos  
 Asesoramiento psicológico y/o servicios de salud mental  
 Servicios de apoyo legal  
 Actuaciones para dar respuesta a la violencia homofóbica  
 Actuaciones para reducir el estigma y la discriminación
-

---

80. ¿Ha establecido su país objetivos nacionales de prevención para los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para el año 2020?

- Sí  
 No

80.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los objetivos nacionales de prevención para los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para el año 2020?

- a) Número anual de nuevas infecciones por el VIH entre hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres \_\_\_\_\_  
b) Porcentaje de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres alcanzados por programas de prevención \_\_\_\_\_
- 

#### Prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables

---

81. ¿Existen políticas nacionales que excluyen a las personas que estén consumiendo drogas de recibir terapias antirretrovirales?

- Sí  
 No

82. ¿Hay operativos en su país programas de distribución de agujas y jeringuillas?

- Sí  
 No, ninguno  
 No, pero agujas y jeringuillas pueden adquirirse legalmente en farmacias, sin necesidad de prescripción médica
- 

83. ¿Puede utilizarse la posesión de agujas o jeringuillas sin prescripción médica como evidencia del consumo de drogas o ser causa de detención en su país?

- Sí  
 No
- 

84. ¿Hay operativos en su país programas sobre terapias de sustitución de opiáceos?

- Sí  
 No
- 

85. ¿Están implementadas en su país intervenciones para el tratamiento de la drogodependencia aparte de las terapias de sustitución de opiáceos?

- Sí  
 No

85.1 Si la respuesta es afirmativa, esas intervenciones son para:

- Dependencia de opiáceos  
 Dependencias no de opiáceos
- 

86. ¿Está disponible en su país la naloxona (que se utiliza para neutralizar casos de sobredosis de opiáceos) a través de distribución comunitaria?

- Sí  
 No
- 

87. ¿Existen espacios/salas para inyección segura de drogas?

- Sí  
 No

87.1 Si la respuesta es afirmativa, especificar:

- Número de espacios/salas \_\_\_\_\_  
 Número de personas inscritas para su uso \_\_\_\_\_
- 

#### Servicios de prevención del VIH para presos

---

88. ¿Hay operativos en su país programas de distribución de agujas y jeringuillas en las prisiones?

- Sí  
 No
-

---

89. ¿Hay operativos en su país programas sobre terapias de sustitución de opiáceos en las prisiones?

- Sí  
 No
- 

90. ¿Los presos de su país tienen acceso a preservativos y lubricantes?

- Sí  
 No
- 

91. ¿Se realizan en su país pruebas sobre VIH en las prisiones:

a) ¿Se llevan a cabo con el consentimiento informado de los presos?

- Sí  
 No

b) ¿Son gratuitas?

- Sí  
 No

c) ¿Son confidenciales?

- Sí  
 No

d) ¿Están disponibles en cualquier fase de la situación de privación de libertad?

- Sí  
 No

e) ¿Se acompañan de información relevante y accesible?

- Sí  
 No

f) ¿Se acompañan de asesoramiento confidencial para antes y después de la prueba?

- Sí  
 No

g) ¿Son accesibles por igual para todos los presos?

- Sí  
 No

g.i Si la respuesta es negativa, ¿qué presos no disfrutan de ese acceso igualitario? \_\_\_\_\_

---

92. ¿Están disponibles en su país terapias antirretrovirales para todos los presos que viven con el VIH?

- Sí  
 No
- 

#### Participación de los grupos de población clave en la respuesta nacional al sida

---

93. ¿Participan\* los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No
- 

94. ¿Participan\* los profesionales del sexo en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No
-

---

95. ¿Participan\* las personas que usan drogas inyectables en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

---

96. ¿Participan\* las personas transgénero en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

---

97. ¿Participan\* los presos y la población actualmente reclusa en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

---

**Servicios para personas afectadas por emergencias humanitarias**

---

98. ¿Son accesibles en su país los siguientes servicios para las personas afectadas por emergencias humanitarias? (para todas las personas afectadas por emergencias, entre ellas, sin exclusión de otras personas: personas no desplazadas, refugiados y solicitantes de asilo, desplazados internos y migrantes)

a) Asesoramiento y pruebas sobre el VIH

- Sí  
 No  
 No aplicable

b) Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

- Sí  
 No  
 No aplicable

c) Tratamiento del VIH

- Sí  
 No  
 No aplicable

d) Pruebas de detección y tratamiento para TB

- Sí  
 No  
 No aplicable

e) Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

- Sí  
 No  
 No aplicable

f) Servicios para grupos de población clave

- Sí  
 No  
 No aplicable

g) Servicios para supervivientes de violencia sexual o de violencia de género\*

- Sí  
 No  
 No aplicable

h) Apoyo alimentario y nutricional

- Sí  
 No  
 No aplicable
-



---

### Profilaxis previa a la exposición (PPrE)

---

99. ¿Está la profilaxis previa a la exposición disponible en su país?

- Sí  
 No

99.1 Si la profilaxis previa a la exposición está disponible en su país, ¿esa profilaxis se ofrece...? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Como parte de una política nacional  
 Como parte de un programa piloto  
 Disponible a través de actuaciones de investigación  
 Disponible a través de proveedores privados

99.2 Si está disponible la PPrE, especifíquese para qué personas e inclúyanse los criterios de elegibilidad aplicados para la provisión de PPrE:

- Hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Profesionales del sexo  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Personas que usan drogas inyectables  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Personas transgénero  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Parejas serodiscordantes  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Mujeres jóvenes  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Otros: especificar \_\_\_\_\_  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_

99.3 Si la PPrE está disponible, ¿se ofrece un programa formativo sobre PPrE al personal sanitario?

- Sí  
 No

99.4 Si la profilaxis previa a la exposición no está disponible en su país, eso es así porque... (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- No existe ninguna política al respecto  
 No hay ningún grupo identificado con una incidencia suficientemente alta según las directrices de la OMS  
 No es una prioridad a efectos de financiación  
 Los medicamentos no están disponibles en el país  
 La capacidad técnica para considerar la PPrE es limitada

---

### Circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV)

Debe tenerse en cuenta que estas preguntas únicamente deberán ser contestadas por 16 países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles de circuncisión masculina y epidemia heterosexual masculina generalizada: Botswana, Etiopía, República Centroafricana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

---

100. ¿Tiene su país una estrategia nacional sobre circuncisión masculina médica voluntaria?

- Sí  
 No

100.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿hace referencia a un grupo de edad específico?

- Sí, es relativa a un grupo de edad específico  
Especifique ese grupo de edad \_\_\_\_\_
- No hay grupos de edad determinados

100.2 Si la estrategia nacional sobre circuncisión masculina médica voluntaria hace referencia a un determinado grupo de edad, ¿se ha establecido un objetivo para el número de hombres incluidos en el grupo de edad a ser alcanzados?

- Sí  
 No
-

---

**100.2.a Si la respuesta es afirmativa, especificar:**

- El número o proporción de hombres en ese grupo de edad establecido como objetivo
- El año fijado como objetivo

---

**101. ¿Qué métodos de circuncisión médica masculina se recomiendan o están aprobados por el programa nacional? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Métodos quirúrgicos convencionales (incisión dorsal, guiada por pinza, resección en manguito)
- Método de dispositivo preseleccionado por la OMS para su uso

---

**102. ¿Se ofrece circuncisión masculina médica voluntaria en su país...?**

- De forma gratuita
- De forma gratuita para algunos hombres
- El coste se repercute plenamente en el usuario
- Los costes se reparten entre el usuario y el programa

---

**Preservativos**

---

**103. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan en relación con el preservativo?**

- Sí
- No

**103.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿existe una estrategia o plan nacional sobre el preservativo que expresamente aborde las necesidades de y programas de preservativos dirigidos para las siguientes poblaciones? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Personas que viven con el VIH
- Profesionales del sexo (hombres y mujeres)
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Personas que usan drogas inyectables
- Jóvenes (15-24 años de edad)
- Personas con infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Presos
- El público general

**103.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia nacional sobre el preservativo incluye...? (seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- Distribución gratuita entre grupos de población clave
- Comercialización subvencionada de preservativos
- Ventas del sector privado
- Promoción del preservativo a través de los medios de comunicación
- Promoción del preservativo en las escuelas (secundarias)
- Distribución de preservativos en las escuelas (secundarias)

---

**104. ¿Se han estimado las necesidades nacionales en cuanto a preservativos?**

- Sí
- No

---

**105. ¿Puede ser alguien procesado o castigado por portar preservativos en su país?**

- Sí
- No

---

**106. ¿Existen en su país restricciones de edad para el acceso a preservativos?**

- Sí
  - No
-

---

107. ¿Existen en su país restricciones sobre la distribución en lugares públicos de preservativos?

- Sí  
 No
- 

108. ¿Ha habido situaciones de desabastecimiento\* de preservativos en los últimos 12 meses?

a) Situaciones de desabastecimiento de alcance nacional:

- Sí  
 No

b) Situaciones de desabastecimiento de alcance local:

- Sí  
 No
- 

109. ¿Cuántos preservativos y lubricantes se distribuyeron (es decir, salieron de almacenes centrales o regionales para su subsiguiente distribución) en el anterior año natural, según tipo de proveedor?

a) Preservativos masculinos:

Total \_\_\_\_\_  
Público \_\_\_\_\_  
Privado \_\_\_\_\_  
ONG \_\_\_\_\_

b) Preservativos femeninos:

Total \_\_\_\_\_  
Público \_\_\_\_\_  
Privado \_\_\_\_\_  
ONG \_\_\_\_\_

c) Lubricantes:

Total \_\_\_\_\_  
Público \_\_\_\_\_  
Privado \_\_\_\_\_  
ONG \_\_\_\_\_

---

4. Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020

- Garantizar el acceso universal y económicamente asequible a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios para el VIH, para las mujeres.
  - Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en el entorno sanitario para el año 2020.
  - Revisar y reformar la legislación que pueda estar reforzando el estigma y la discriminación, también en relación con edad de consentimiento, no revelación del estado serológico respecto del VIH, exposición y transmisión, restricciones a los desplazamientos y pruebas obligatorias.
- 

#### Violencia

---

110. ¿Tiene su país un plan o estrategia nacional para dar respuesta a la violencia de género\* y la violencia contra la mujer que incluye el VIH?

- Sí  
 No
- 

111. ¿Tiene su país legislación específica sobre violencia doméstica\*?

- No  
 Sí
-

---

111.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa legislación cubre...? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia emocional
- Violencia económica
- Criminalización explícita de la violación conyugal
- Protección para excónyuges
- Protección para parejas íntimas no casadas

---

112. ¿Se ha implementado alguna de las siguientes disposiciones en su país en relación con violencia doméstica\*? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Mandamientos judiciales para la protección de la seguridad de las supervivientes
- Servicios de protección para supervivientes de actos de violencia doméstica, como son servicios legales o refugios
- Servicios dirigidos a los perpetradores de los actos de violencia

---

113. ¿Tiene su país sanciones penales específicas sobre violencia doméstica\*?

- Sí
- No

113.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido procesos penales al respecto en los dos últimos años?

- Sí
- No

---

114. ¿Cuenta su país con alguno de los siguientes elementos para proteger a grupos de población clave y a las personas que viven con el VIH de la violencia? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Leyes penales generales que prohíben actos de violencia
- Disposiciones legales específicas que prohíben los actos de violencia motivados por el estado serológico o por su pertenencia a grupos de población clave
- Programas dirigidos a dar respuesta a los actos de violencia por parte de parejas íntimas\*
- Programas dirigidos a dar respuesta a actos de violencia en lugares de trabajo
- Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de abuso policial
- Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de tortura y maltrato en las prisiones

---

115. ¿Cuenta su país con puntos de prestación de servicios que ofrezcan los siguientes servicios de atención médica y psicológica para mujeres y hombres que hayan sido violados o sufrido actos de incesto, de conformidad con las recomendaciones de las directrices de la OMS 2013 *Dar respuesta a la violencia ejercida por parejas íntimas y la violencia sexual contra la mujer*?:

a) Apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos

- Sí
- No

b) Anticonceptivos de emergencia para mujeres que buscan servicios durante los cinco días siguientes

- Sí
- No

c) Aborto seguro si la mujer queda embarazada como resultado de una violación, de conformidad con la legislación nacional al respecto

- Sí
- No

d) Profilaxis posterior a la exposición para infecciones de transmisión sexual y VIH (dentro de las 72 horas siguientes a la agresión sexual), según sea necesaria

- Sí
- No

---

### Matrimonio infantil

---

116. En su país, ¿cuál es la edad legal mínima para el matrimonio para (años de edad)?:

- a) Niñas \_\_\_\_\_
  - b) Niños \_\_\_\_\_
-

---

117. En su país, ¿está prohibido o carece de validez el matrimonio infantil (unión formal en matrimonio o unión informal antes de los 18 años de edad)?

- Sí  
 No
- 

### Estigma y discriminación

---

118. ¿Tiene su país políticas en vigor que impongan al sistema sanitario ofrecer atención sanitaria oportuna y de calidad independientemente del género, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, idioma, estatus socioeconómico, estado serológico u otra condición sanitaria, o por vender sexo, consumir drogas, estar privada de libertad u cualquier otra situación?

- Sí, esas políticas existen, pero no se implementan de forma sistemática  
 Sí, esas políticas existen y se implementan de forma sistemática  
 No, esas políticas no existen
- 

119. ¿Cuenta su país con intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios para formarles en competencias relativas a derechos humanos, para dar respuesta al estigma y la discriminación, y a la violencia de género?

- Sí, a escala\*  
 Sí, como actividades puntuales  
 Sí, a pequeña escala  
 No
- 

120. ¿Tiene su país legislación que criminalice la transmisión, no revelación o exposición a la transmisión del VIH?

- Sí  
 No, pero existen acciones legales que se basan en la legislación penal general  
 No
- 

121. ¿Tiene su país legislación o políticas que restrinjan la entrada, permanencia o residencia de las personas que viven con el VIH?

- Sí  
 No
- 

### Consentimiento parental y conyugal para el acceso a servicios

---

122. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años  
 Sí, para adolescentes menores de 16 años  
 Sí, para adolescentes menores de 14 años  
 No
- 

123. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a pruebas sobre el VIH?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años  
 Sí, para adolescentes menores de 16 años  
 Sí, para adolescentes menores de 14 años  
 No
- 

124. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a tratamiento para el VIH?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años  
 Sí, para adolescentes menores de 16 años  
 Sí, para adolescentes menores de 14 años  
 No
- 

125. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva?

- Sí  
 No
-

---

126. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a la prueba de VIH?

- Sí  
 No
- 

5. Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año

---

127. ¿Cuenta su país con políticas educativas que orienten el ofrecimiento de educación sobre VIH basada en capacidades generales para la vida y educación sobre sexualidad\*, de acuerdo con estándares internacionales\*, en...?:

- a) La escuela primaria  
 Sí  
 No
- b) La escuela secundaria  
 Sí  
 No
- c) La formación para profesores  
 Sí  
 No
- 

128. ¿Participan\* las personas jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad) en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

128.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿participan\* las personas jóvenes en alguno de los siguientes ámbitos de toma de decisiones en la respuesta nacional frente al sida?

- Equipos técnicos para el desarrollo, revisión y actualización de las estrategias y planes nacionales sobre sida  
 Equipos técnicos para el desarrollo o revisión de programas que estén relacionados con el acceso de los jóvenes a servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo para el VIH  
 Equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida expandidos  
 Equipos temáticos de Naciones Unidas sobre reformas y revisiones legales y de políticas  
 Autoridad coordinadora nacional sobre el sida u equivalente, con un amplio mandato multisectorial  
 Mecanismo de coordinación nacional del Fondo Mundial  
 Espacios de coordinación de la sociedad civil para grupos de población afectados por el VIH  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_  
 No
- 

6. Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020

---

129. ¿Tiene su país estrategias, políticas o marcos de trabajo de protección social aprobados\*?

- Sí, y están siendo implementados  
 Sí, pero no están siendo implementados  
 No
-

---

129.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Hace referencia al VIH?

- Sí  
 No

b) ¿Reconocen a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

- Sí  
 No

c) ¿Reconocen a grupos de población clave (profesionales del sexo, hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y presos) como beneficiarios clave?

- Sí  
 No

d) ¿Reconocen a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- Sí  
 No

e) ¿Reconocen a las personas afectadas por el VIH (hijos y demás familiares) como beneficiarios clave?

- Sí  
 No

f) ¿Abordan la cuestión del trabajo de cuidado no remunerado en el contexto del VIH?

- Sí  
 No

---

130. ¿Están incluidos representantes del Programa Nacional sobre sida o de su equivalente en el mecanismo o plataforma de coordinación de protección social\*?

- No existen mecanismos o plataformas de coordinación de la protección social  
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social, pero no incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o de su equivalente  
 Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social e incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o de su equivalente

---

131. ¿Hay implementados en el país programas de transferencias de efectivo\* para mujeres jóvenes, de entre 15 y 24 años de edad?

- Sí  
 No

---

7. Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020

---

132. ¿Existen en su país las siguientes salvaguardas en la legislación, regulaciones y políticas para la operación de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con el VIH  
 Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias que trabajen con grupos de población clave  
 Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias pueden prestar servicios relacionados al VIH  
 Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias pueden prestar servicios grupos de población clave  
 Se han racionalizado los requisitos sobre la presentación de información para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias

---

133. ¿Existe legislación, políticas o regulaciones que permitan el acceso a financiación para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias?

- Mecanismos de contratación social u otros mecanismos que permitan la financiación de la prestación de servicios por parte de las comunidades a través de fondos domésticos  
 A través de donantes internacionales  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_

8. Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales

9. Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos

---

**134. En los dos últimos años, en su país, ¿ha habido programas de formación y/o capacitación para las personas que viven con el VIH y para los grupos de población clave para formarles y fomentar la concienciación sobre sus derechos (en el contexto del VIH)?**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

---

**135. ¿Cuenta su país con programas de formación para los siguientes grupos sobre derechos humanos y marcos legales sobre la no discriminación aplicables al VIH?**

**a) Para policía y otros funcionarios encargados de la aplicación de la ley**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

**b) Para miembros del sistema judicial**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

**c) Para funcionarios nombrados por elección popular (legisladores/parlamentarios)**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

**d) Para trabajadores sanitarios**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

---

**136. ¿Cuenta su país con programas de formación sobre prevención de la violencia contra la mujer y de la violencia de género para los siguientes?**

**a) Para policía y otros funcionarios encargados de la aplicación de la ley**

- Sí, a escala, a nivel nacional
  - Sí, a escala, a nivel subnacional
  - Sí, actividades puntuales
  - Sí, a pequeña escala
  - No
-



---

**b) Para miembros del sistema judicial**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

**c) Para funcionarios nombrados por elección popular (legisladores/parlamentarios)**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

**d) Para trabajadores sanitarios**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

---

**137. ¿Algunos de los siguientes son obstáculos para la provisión de estos entrenamientos y/o actividades de capacitación (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Falta de voluntad política
- Falta de financiación
- Falta de capacidades para la ejecución de las actuaciones formativas
- Obstáculos que impidan el acceso por parte de sus destinatarios a esas actuaciones de formación o capacitación

---

**138. ¿Hay mecanismos en vigor para registrar y dar respuesta a casos de discriminación relacionada con el VIH (ya sea por la situación percibida en relación con el VIH y/o por pertenecer a cualquier población clave)?**

- Sí. Describir esos mecanismos \_\_\_\_\_
- No

---

**139. ¿Cuenta su país con alguno de los siguientes mecanismos de rendición de cuentas en relación con casos de discriminación y violaciones de derechos humanos en el entorno sanitario?**

- Procedimientos de reclamación
- Mecanismos de compensación
- Procedimientos o sistemas para proteger y respetar la privacidad o confidencialidad de los pacientes

---

**140. ¿Cuenta su país con alguno de los siguientes sistemas de monitoreo y aplicación en materia de derechos humanos?**

**a) Existen instituciones nacionales funcionalmente independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, entre ellas comisiones de derechos humanos, comisiones de reforma legislativa, órganos protectores, y defensores del pueblo que tengan entre sus competencias las cuestiones relacionadas con el VIH**

- Sí
- No

**b) Supervisión de la implementación de observaciones y recomendaciones finales de órganos encargados de monitorear la aplicación de los tratados y EPU**

- Sí
- No

---

**141. ¿Tiene su país mecanismos en vigor para promover el acceso a la justicia (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Sí, sistemas de ayuda jurídica que corresponden a casos relacionados con el VIH
  - Sí, servicios legales gratuitos provistos por bufetes privados
  - Sí, servicios legales provistos por centros jurídicos universitarios
  - Sí, servicios paralegales comunitarios
  - Sí, otros: describir \_\_\_\_\_
  - No
-

10. Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

- Reducir en un 75% el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para 2020.

142. ¿En qué medida están integradas las instalaciones sanitarias que prestan servicios sobre VIH con otros servicios sanitarios de su país? (seleccione el nivel de integración para cada servicio)

Servicios	Nivel de integración		
	Plenamente integradas en todas las instalaciones sanitarias	Integradas en algunas instalaciones sanitarias	Prestan servicios de forma separada
a) Asesoramiento y pruebas del VIH con la salud sexual y reproductiva			
b) Tratamiento y atención para el VIH con la salud sexual y reproductiva			
c) Asesoramiento y pruebas del VIH integrados con los servicios sobre TB			
d) Pruebas de detección de TB en servicios sobre VIH			
e) Tratamiento antirretroviral y tratamiento para TB			
f) Tratamiento para el VIH y para la hepatitis C			
g) Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no comunicables			
h) Antirretrovirales y enfermedades crónicas no comunicables			
i) Asesoramiento y pruebas del VIH y atención extrahospitalaria general			
j) Antirretrovirales y atención extrahospitalaria general			
k) Detección y mitigación de la violencia integradas en los servicios sobre VIH			
l) Asesoramiento y pruebas sobre el VIH integrados con pruebas de detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero			
m) Pruebas de detección del cáncer de cuello de útero integradas en los servicios de VIH			
n) PTMI con servicios de atención prenatal y maternoinfantil			
o) Tratamiento y atención para el VIH con los servicios de apoyo nutricional			
p) Pruebas sobre el VIH integradas con servicios de atención infantil (incluido monitoreo del crecimiento, nutrición e inmunización)			

---

c) Tratamiento y atención sobre el VIH integrados con servicios de atención infantil (incluido monitoreo del crecimiento, nutrición e inmunización)

---

r) Servicios sobre el VIH y reducción de daños

---

143. ¿Se recomiendan las pruebas de detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero para mujeres que viven con el VIH en...?

a) La estrategia, política, plan o directrices nacionales sobre respuesta al cáncer, al cáncer de cuello de útero o la respuesta más amplia a las enfermedades no comunicables

- Sí  
 No

b) El plan estratégico nacional que regula la respuesta frente al sida

- Sí  
 No

c) Directrices nacionales sobre tratamiento para el VIH

- Sí  
 No
- 

144. ¿Qué políticas sobre coinfección están en vigor en el país para adultos, adolescentes y niños (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- Terapia preventiva con isoniacida o profilaxis para infecciones latentes de TB para las personas que viven con el VIH  
 Actuaciones intensificadas de búsqueda de casos de TB entre las personas que viven con el VIH  
 Control de infección por TB en entornos de atención sanitaria para el VIH  
 Profilaxis con cotrimoxazol  
 Detección de casos y gestión de la hepatitis B en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral  
 Detección de casos y gestión de la hepatitis C en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral  
 Vacunación para la hepatitis B provista en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral  
 Tratamiento para la hepatitis C (agentes antivirales de acción directa) provisto en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral  
 Otro: especificar \_\_\_\_\_
- 

#### Infecciones de transmisión sexual (ITS)

---

145. ¿Cuenta su país con directrices o recomendaciones nacionales sobre tratamiento de ITS?

- Sí  
 No

145.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué año se actualizaron por última vez? \_\_\_\_\_

---

146. ¿Cuenta su país con una estrategia o plan de acción nacional para la prevención y control de ITS?

- Sí  
 No
- 

147. ¿Se realiza en su país actuaciones de monitoreo sobre resistencia a antimicrobianos gonocócicos?

- Sí, anualmente  
 Sí, con frecuencia menos que anual  
 No
- 

148. ¿Incluye la definición nacional de la sífilis congénita los partos de mortinatos?

- Sí  
 No
-

---

**Estrategia nacional sobre VIH y monitoreo y evaluación**

**Estrategia**

**149. ¿Cuenta su país con una estrategia o política que oriente su respuesta al sida?**

- Sí, una estrategia o política independiente sobre el sida
- Sí, una estrategia o política de salud que integra la respuesta al sida
- No
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

**149.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha sido revisada en los dos últimos años esa estrategia o política sobre el sida?**

- Sí
- No

**149.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política que orienta la respuesta al sida aborda de forma expresa los siguientes grupos de población clave o grupos de población vulnerable? (seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- Grupos clave de población adolescente
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Presos y otras personas privadas de libertad
- Personas que usan drogas inyectables
- Profesionales del sexo (hombres y mujeres)
- Personas transgénero
- Personas no desplazadas afectadas por emergencias
- Refugiados
- Desplazados internos
- Migrantes y solicitantes de asilo

**149.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política que orienta la respuesta al sida...? (seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que abordan las necesidades de los grupos de población clave
- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que abordan las necesidades de las niñas y mujeres jóvenes
- Se basa en la evidencia más reciente sobre la epidemia nacional de VIH y en la situación de la respuesta nacional frente al sida
- Integra aportaciones a través de un proceso multisectorial, que incluye a diversos sectores del gobierno, y también a socios no gubernamentales

**149.4 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que orienta la respuesta frente al sida incluye intervenciones transformadoras para las cuestiones de género, entre ellas intervenciones dirigidas a abordar las intersecciones que se producen entre violencia de género y VIH?**

- Sí
- No

**149.4.a Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que orienta la respuesta frente al sida incluye secciones presupuestarias dedicadas a la implementación de intervenciones transformadoras en materia de género\*?**

- Sí
- No

**Seguimiento y evaluación**

**150. ¿Cuenta su país con un plan o estrategia de seguimiento y evaluación para el VIH?**

- Sí, una estrategia o plan de seguimiento y evaluación para el VIH independiente
- Sí, el seguimiento y la evaluación sobre VIH están integrados en una estrategia o plan de seguimiento y evaluación más amplios
- No
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

**150.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha actualizado en los dos últimos años?**

- Sí
  - No
-

---

150.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿integra indicadores sensibles a las cuestiones de género\*?

- Sí  
 No
- 

151. ¿Recopila su país de forma rutinaria datos sobre prestación de servicios para el VIH que están institucionalizados en un sistema de información?:

- No existe ningún sistema para la recopilación rutinaria de datos sobre prestación de servicios para el VIH  
 Existen múltiples sistemas de información no armonizados o paralelos, que son gestionados por entidades diversas y que operan de forma independiente  
 Existe un sistema de información o un conjunto de sistemas de información complementarios armonizado del sector público que incluye indicadores específicos sobre prestación de servicios sobre el VIH para reporte a nivel nacional  
 Existe un sistema de información o un conjunto de sistemas de información complementarios armonizado, entre ellos sistemas de información sanitaria de base comunitaria, que incluyen indicadores específicos sobre prestación de servicios sobre el VIH para reporte a nivel nacional
- 

152. ¿Cuenta su país con métodos para deduplicar datos clave como son los relativos a personas que son diagnosticadas con el VIH o personas que buscan terapia antirretroviral (es decir, identificadores únicos)?

- Sí  
 No
- 

153. ¿Lleva a cabo su país vigilancia centinela en a siguientes grupos especiales de población?

Población	Actuación de vigilancia centinela realizada	¿Con qué frecuencia se realizan esas actuaciones? (en años)	¿En qué año se realizó la encuesta más reciente?	¿En que número de centros se realizaron actuaciones de vigilancia?
Mujeres que reciben atención sanitaria prenatal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Profesionales del sexo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Personas que usan drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Personas transgénero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En prisiones y otros entornos de confinamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro (especificar)				

---

154. ¿Se ha realizado una evaluación de la calidad de los datos nacionalmente representativa durante el periodo del que se informa que ofrezca información sobre la precisión de los datos a nivel de centros sanitarios sobre el número de personas reportadas que están recibiendo terapia antirretroviral?

- Sí  
 No
-

# Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales: Parte B

1. Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020

- Compromiso con los objetivos 90–90–90
- Abordar regulaciones, políticas y prácticas que impiden el acceso a medicamentos genéricos, servicios de diagnóstico y tecnologías sanitarias relacionadas seguras, eficaces y asequibles, lo que incluye garantizar el completo uso de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), y fortalecer las capacidades regionales y locales para desarrollar, fabricar y distribuir productos sanitarios asequibles con garantía de calidad.

\* Las directrices para el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales definen los términos marcados con un asterisco (\*).

---

1. **¿En su país se provee para o implementa alguna forma de pruebas de VIH obligatorias?**

- No
- Sí; favor incluir una breve explicación de en qué casos se llevan a cabo prácticas de pruebas obligatorias sobre VIH y los grupos afectados \_\_\_\_\_

---

2. **¿En qué lugares están disponibles en su país pruebas sobre carga vírica?**

- Disponibles únicamente en centros especializados
- Están disponibles en centros sanitarios que proveen terapias antirretrovirales, ya sea in situ o mediante remisión médica
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

3. **¿Se ha implementado alguno de los siguientes servicios de apoyo a la retención en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Intervenciones comunitarias
- Asociaciones de adherencia terapéutica y apoyo entre pares
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

4. **¿Se ha implementado alguna de los siguientes servicios de apoyo a la adherencia? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Consejería entre pares
- Mensajes de texto
- Uso de dispositivos recordatorios
- Terapia cognitivo-conductual
- Formación sobre capacidades conductuales / formación sobre adherencia de medicaciones
- Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
- Gestión de casos
- Navegación entre pares
- Otro: especificar \_\_\_\_\_
-

---

4. ¿Se ha implementado alguna de las siguientes disposiciones legales o actuaciones en su país en relación con servicios de apoyo a la observancia terapéutica? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Asesoramiento inter pares
  - Mensajes de texto
  - Uso de dispositivos recordatorios
  - Terapia cognitivo-conductual
  - Formación sobre capacidades conductuales / formación sobre observancia de medicaciones
  - Combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola aplicación diaria
  - Gestión de casos
  - Navegación entre pares
  - Otro: especificar \_\_\_\_\_
- 

2. Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018

---

5. ¿Cuántas instalaciones sanitarias de su país están proveyendo servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH? \_\_\_\_\_

---

6. ¿Cuántas instalaciones sanitarias que proveen servicios PTMI tienen en vigor mecanismos de rendición de cuentas comunitaria\*? \_\_\_\_\_

---

7. ¿Ha tenido lugar alguna reunión a nivel nacional para revisar los avances en PTMI en los últimos doce meses?

- Sí
- No

7.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Estuvieron representadas las comunidades y la sociedad civil en esa reunión de revisión nacional?

- Sí
- No

b) ¿Se dio la oportunidad a las comunidades y a la sociedad civil de ofrecer sus comentarios y observaciones?

- Sí
- No

c) ¿Se ofreció la oportunidad de que hubiese un análisis por parte de las comunidades y la sociedad civil de forma sistemática?

- Sí
- No

d) ¿Esos análisis provistos por las comunidades y la sociedad civil se documentó y difundió tras esa reunión o reuniones?

- Sí
  - No
- 

8. ¿Participan\* las mujeres que viven con el VIH en su país en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relativas a PTMI?

- Sí
  - No
- 

9. En el contexto de los programas sobre PTMI en su país, ¿existen informes o documentación sobre alguna de las siguientes prácticas? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Pruebas o tratamiento obligatorios o coercitivos sobre VIH
  - No aplicación del consentimiento informado voluntario obtenido de forma previa
  - Prácticas de aborto, anticoncepción y/o esterilización obligatorias y/o coercitivas
  - Falta de confidencialidad y de privacidad
  - Otras violaciones de los derechos humanos\* graves y sistemáticas (describanse)
-

---

**9.1 Si existen informes sobre alguna de tales situaciones que se den en su país, ¿está llevando a cabo su gobierno actuaciones de diligencia debida para darles respuesta?**

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

3. Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)

- Garantizar que el 90% de las personas en riesgo de infección por el VIH tengan acceso a amplios servicios de prevención del VIH, entre ellas los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que usan drogas inyectables y los presos
  - Alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición para 2020
  - Alcanzar a 25 millones de hombres con actuaciones de circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta incidencia para el año 2020
  - Poner a disposición de la población 20.000 millones de preservativos anualmente de aquí a 2020 en países con ingresos bajos y medios
- 

#### **Actuaciones de aplicación de la ley**

---

**10. ¿Puede utilizarse la posesión de agujas/jeringuillas sin prescripción médica como evidencia del consumo de drogas o ser causa de detención en su país?**

- Sí
  - No
- 

**11. ¿Ha habido en su país en los tres últimos años personas transgénero que hayan sido arrestadas o perseguidas legalmente por su identidad de género?**

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

**12. ¿Ha habido en su país en los tres últimos años personas que hayan sido arrestadas o perseguidas legalmente en relación con la venta de sexo?**

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

**13. ¿Ha habido en su país en los tres últimos años personas que hayan sido arrestadas o perseguidas legalmente por actos homosexuales consentidos?**

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

**14. ¿Ha habido en su país en los tres últimos años personas que hayan sido arrestadas o perseguidas legalmente por consumir drogas?**

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

#### **Protecciones legales para grupos de población clave**

---

**15. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes protecciones legales para las personas transgénero (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en la diversidad de género
  - Prohibiciones de la discriminación laboral basada en la diversidad de género
  - Se reconoce legalmente un tercer género
  - Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la diversidad de género
  - No
-



---

16. ¿Cuenta su país con alguna de las siguientes protecciones legales para los profesionales del sexo (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en el trabajo que se ejerza
- El trabajo sexual está reconocido como trabajo
- Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia al trabajo sexual
- No

---

17. ¿Tiene su país legislación u otras disposiciones que establezcan protecciones relativas a la orientación sexual de las personas? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Prohibición constitucional de la discriminación basada en la orientación sexual
- Los delitos de odio motivados por la orientación sexual de la víctima se consideran una circunstancia agravante
- Están prohibidos los actos de incitación al odio basados en la orientación sexual de las personas
- Prohibición de la discriminación laboral basada en la orientación sexual de las personas
- Otras disposiciones legales contra la discriminación que hacen referencia a la orientación sexual de las personas

---

18. ¿Cuenta su país con legislación específica contra la discriminación\* u otras disposiciones que apliquen a las personas que consumen drogas?

- Sí
- No

---

**Servicios de prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables**

---

19. ¿Hay operativos en su país programas de distribución de agujas y jeringuillas?

- Sí
- No, ninguno
- No, pero pueden adquirirse agujas y jeringuillas legalmente en farmacias, sin necesidad de prescripción médica

---

20. ¿Está disponible en su país la naloxona (que se utiliza para neutralizar casos de sobredosis de opiáceos) a través de distribución comunitaria?

- Sí
- No

---

21. ¿Hay operativos en su país programas de terapia de sustitución de opiáceos?

- Sí
- No

---

**Servicios de prevención del VIH en las prisiones**

---

22. ¿Hay operativos en su país programas de distribución de agujas y jeringuillas en las prisiones?

- Sí
- No

---

23. ¿Hay operativos en su país programas sobre terapia de sustitución de opiáceos en las prisiones?

- Sí
- No

---

24. ¿Los preservativos y lubricantes están disponibles a los presos en su país?

- Sí
- No

---

25. ¿Está disponible en su país terapia antirretroviral para todos los presos que viven con el VIH?

- Sí
  - No
-

---

26. ¿Se realizan en su país pruebas sobre VIH en las prisiones:

a) ¿Se llevan a cabo con el consentimiento informado de los presos?

- Sí  
 No

b) ¿Son gratuitas?

- Sí  
 No

c) ¿Son confidenciales?

- Sí  
 No

d) ¿Están disponibles en cualquier fase de la situación de privación de libertad?

- Sí  
 No

e) ¿Se acompañan de información relevante y accesible?

- Sí  
 No

f) ¿Se acompañan de asesoramiento confidencial para antes y después de las pruebas?

- Sí  
 No

g) ¿Son accesibles por igual para todos los presos?

- Sí  
 No

Si la respuesta es negativa, ¿qué presos no cuentan con acceso igualitario? Por favor, especificar \_\_\_\_\_

---

### Participación

---

27. ¿Participan\* los hombres que tienen relaciones sexuales en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

28. ¿Participan\* los profesionales del sexo en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

29. ¿Participan\* las personas que usan drogas inyectables en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

30. ¿Participan\* las personas transgénero en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No

31. ¿Participan\* los ex-presos y la población actualmente reclusa en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?

- Sí  
 No
-

---

**Profilaxis previa a la exposición (PPrE)**

---

**32. ¿Está la profilaxis previa a la exposición disponible en su país?**

- Sí
- No

**32.1 Si la profilaxis previa a la exposición está disponible en su país, ¿esa profilaxis se ofrece...? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Como parte de una política nacional
  - Como parte de un programa piloto
  - A través de actuaciones de investigación
  - Disponible a través de proveedores privados
  - Disponible a través de Internet
- 

**4. Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020**

- Garantizar el acceso universal y económicamente asequible a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios para el VIH, para las mujeres.
  - Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en el entorno sanitario para el año 2020.
  - Revisar y reformar la legislación que pueda estar reforzando el estigma y la discriminación, también en relación con edad de consentimiento, no revelación del estado serológico respecto del VIH, exposición y transmisión, restricciones a los desplazamientos y pruebas obligatorias.
- 

**33. ¿Se ha implementado alguna de las siguientes disposiciones en su país en relación con violencia doméstica\*? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Mandamientos judiciales para la protección de la seguridad de las supervivientes
  - Servicios de protección para supervivientes de actos de violencia doméstica, como son servicios legales o refugios
  - Servicios dirigidos a los perpetradores de los actos de violencia
- 

**34. ¿Cuenta su país con alguno de los siguientes elementos para proteger a grupos de población clave y a las personas que viven con el VIH de la violencia? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Leyes penales generales que sancionan los actos de violencia
  - Disposiciones legales específicas que prohíben los actos de violencia motivados por el estado serológico de la víctima o por su pertenencia a grupos de población clave
  - Programas dirigidos a dar respuesta a los actos de violencia por parte de parejas íntimas\*
  - Programas dirigidos a dar respuesta a actos de violencia en lugares de trabajo
  - Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de abuso policial
  - Intervenciones dirigidas a dar respuesta a los casos de tortura y maltrato en las prisiones
- 

**35. ¿Cuenta su país con puntos de prestación de servicios que ofrezca los siguientes servicios de atención médica y psicológica para mujeres y hombres que hayan sido violados o sufrido actos de incesto, de conformidad con las recomendaciones de las directrices de la OMS 2013 *Dar respuesta a la violencia ejercida por parejas íntimas y la violencia sexual contra la mujer*.**

**a) Apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos**

- Sí
- No

**b) Anticonceptivos de emergencia para mujeres que buscan estos servicios durante los cinco días siguientes**

- Sí
- No

**c) Aborto seguro si la mujer queda embarazada como resultado de una violación, de conformidad con la legislación nacional al respecto**

- Sí
- No

**d) Profilaxis posterior a la exposición para infecciones de transmisión sexual y VIH (dentro de las 72 horas siguientes a la agresión sexual), según sea necesaria**

- Sí
  - No
-

- 
36. ¿Tiene su país políticas de actuación en vigor que impongan al sistema sanitario ofrecer atención sanitaria oportuna y de calidad independientemente del género, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, idioma, estatus socioeconómico, estado serológico u otra condición sanitaria, o por vender sexo, consumir drogas, estar privada de libertad o cualquier otra situación?
- Sí, esas políticas existen, pero no se implementan de forma sistemática
  - Sí, esas políticas existen y se implementan de forma sistemática
  - No, esas políticas no existen
- 

5. Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año

---

37. ¿Participan\* las personas jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad) en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con su salud en su país?
- Sí
  - No
- 37.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿participan\* las personas jóvenes en alguno de los siguientes ámbitos de toma de decisiones en la respuesta nacional frente al sida?
- Equipos técnicos para el desarrollo, revisión y actualización de las estrategias y planes nacionales sobre sida
  - Equipos técnicos para el desarrollo o revisión de programas que estén relacionados con el acceso de los jóvenes a servicios de pruebas, tratamiento, atención y apoyo para el VIH
  - Equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida expandidos
  - Equipos temáticos de Naciones Unidas sobre reformas y revisiones legales y de políticas
  - Autoridad coordinadora nacional sobre el sida u órgano equivalente, con un amplio mandato multisectorial
  - Mecanismo de coordinación nacional del Fondo Mundial
  - Espacios de coordinación de la sociedad civil para grupos de población clave afectados por el VIH
  - Otro: especificar \_\_\_\_\_
  - No
- 

6. Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020

---

38. ¿Alguno de los siguientes obstáculos limitan el acceso a programas de protección social\* en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)
- Los programas de protección social no incluyen a las personas que viven con el VIH, a grupos de población clave y/o personas afectadas por el VIH
  - Falta de información disponible sobre los programas
  - Procedimientos complicados
  - Miedo al estigma y la discriminación
  - Falta de documentación que permita acreditar las condiciones de elegibilidad, como son documentos nacionales de identidad
  - Leyes o políticas que causen obstáculos al acceso
  - Alto nivel de gasto de bolsillo requerido
  - Las personas que viven con el VIH, los grupos de población clave y/o las personas afectadas por el VIH quedan cubiertas por otros programas
  - Otro: especificar \_\_\_\_\_
-

7. Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020

---

39. **¿Impone su país restricciones al registro o constitución y operación de organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria que afecten a la prestación o ejecución de servicios para el VIH?**

- Restricciones sobre el registro
- Restricciones territoriales para las operaciones, como zonificaciones
- Restricciones sobre la prestación de servicios para grupos de población clave
- Procedimientos de información y rendición de cuentas complejos y otras restricciones sobre las operaciones
- Otro: especificar \_\_\_\_\_

---

40. **¿Hay presentes en su país otros obstáculos normativos para la prestación de servicios dirigida de forma comunitaria?**

- Restricciones que imponen que los servicios sobre VIH se presten únicamente en instalaciones sanitarias
- Criterios de elegibilidad excesivamente restringidos para la prestación comunitaria de servicios (describir) \_\_\_\_\_
- Otros (describir) \_\_\_\_\_

---

41. **¿Tiene su país legislación, políticas o regulaciones que obstaculicen el acceso a financiación para las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias?**

- Falta de mecanismos de contratación social u otros mecanismos que contemplen la financiación de la prestación de servicios dirigidos por las comunidades a través de financiamiento doméstico
- Cuestiones relativas a "agentes extranjeros" u otras restricciones para el acceso a financiación procedente de donantes internacionales
- Otros: (describir) \_\_\_\_\_

---

8. Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales

9. Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos

---

#### Alfabetización sobre derechos

---

42. **En los dos últimos años, en su país, ¿ha habido programas de formación y/o capacitación para las personas que viven con el VIH y para los grupos de población clave para formarles y fomentar la concienciación sobre sus derechos (en el contexto del VIH)?**

- Sí, a escala, a nivel nacional
- Sí, a escala, a nivel subnacional
- Sí, actividades puntuales
- Sí, a pequeña escala
- No

---

43. **¿Existe algunos de los obstáculos siguientes para proveer la formación y/o capacitación para las personas que viven con el VIH y para los grupos de población clave para formarles y fomentar la concienciación sobre sus derechos (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Falta de voluntad política
- Falta de financiación
- Falta de capacidades para la ejecución de las actuaciones formativas
- Obstáculos que impidan el acceso por parte de sus destinatarios a esas actuaciones de formación o capacitación

---

#### Mecanismos de rendición de cuentas

---

44. **¿Hay en su país mecanismos en vigor para registrar y dar respuesta a casos de discriminación relacionada con el VIH (ya sea por la situación percibida en relación con el VIH y/o por pertenecer a cualquier población clave)?**

- Sí. Describir esos mecanismos \_\_\_\_\_
  - No
-

---

**45. ¿Cuenta su país con alguno de los siguientes mecanismos de rendición de cuentas en relación con casos de discriminación y violaciones de derechos humanos en el entorno sanitario?**

- Procedimientos de reclamación
- Mecanismos de compensación y de exigencia de responsabilidades
- Procedimientos o sistemas para proteger y respetar la privacidad o confidencialidad de los pacientes

---

**46. ¿Presenta su país algunos de los obstáculos siguientes para el acceso a mecanismos de rendición de cuentas en esta materia (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Los mecanismos establecidos no funcionan
- Los mecanismos no son sensibles en relación con el VIH
- Limitaciones en cuanto a asequibilidad económica para grupos marginados o afectados
- El conocimiento o nivel de concienciación sobre cómo utilizar tales mecanismos son limitados

---

**47. ¿Tiene su país mecanismos en vigor para promover el acceso a la justicia (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Sí, sistemas de ayuda jurídica que corresponden a los casos relacionados con el VIH
- Sí, servicios legales gratuitos provistos por bufetes privados
- Sí, servicios legales provistos por centros jurídicos universitarios
- Sí, servicios paralegales comunitarios
- Sí, otros: describir \_\_\_\_\_
- No

---

**48. ¿Existen en su país obstáculos documentados para el acceso a la justicia por parte de grupos de población clave, personas que viven con el VIH u otras personas afectadas por el VIH?**

- No
- Sí. Describáse y ofrézcanse detalles sobre su alcance \_\_\_\_\_

---

10. Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

- Reducir en un 75% el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para 2020

# Anexo 1.

## Bibliografía seleccionada

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Ginebra: ONUSIDA; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Ginebra: ONUSIDA; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Ginebra: ONUSIDA; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Global AIDS update 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>).
12. Diferencias en materia de prevención. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>).
13. Securing the future today—synthesis of strategic information on HIV and young people. Ginebra: ONUSIDA; 2011 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110727\\_JC2112\\_Synthesis\\_report](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110727_JC2112_Synthesis_report)).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Ginebra: ONUSIDA; 2010 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/12\\_7\\_MERG\\_Guidance\\_Evaluating%20HIV\\_PreventionProgrammes.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf)).
15. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>).
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).
17. The state of the world's children 2016. Nueva York: UNICEF; 2016 (<https://www.unicef.org/sowc2016>).
18. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. Nueva York: UNICEF; 2009 (<http://mics.unicef.org/files?job=W1siZiIsLjIwMTUvMDEvMzAvMDMvMjUvNTUvNTAwL0NvdW50cnlfG-VkX01FX3N5c3RlbnR1dD&sha=cdcc92ec34d8448b>).

# Anexo 2. La matriz de financiación nacional para el indicador 8: Gasto total relativo al VIH

El marco de información sobre el indicador 8, "Gasto total relativo al VIH", se organiza en torno a un sistema bidimensional para el registro del gasto relativo al VIH según programas y según fuente de financiación. En consecuencia, el formato de esa información tiene un formato de matriz. La matriz de financiación nacional que se sugiere para el proceso de presentación de informes sobre Vigilancia Mundial del Sida 2017 contiene un conjunto completo de intervenciones de prevención, tratamiento y atención sobre VIH para el anterior ciclo de presentación de informes (correspondiente al anterior indicador 6.1 del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida, que Vigilancia Mundial del Sida sustituye), que se presentan en un formato que refleja los compromisos de la nueva Declaración Política de 2016 sobre el VIH y el sida: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030.

El conjunto de subindicadores comprende: prevención combinada, lo que incluye distribución de preservativos, profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, servicios de reducción de daños, empoderamiento de las mujeres jóvenes y las niñas y provisión de paquetes de servicios esenciales para grupos de población clave; prevención de la transmisión materno-infantil del VIH; pruebas y asesoramiento sobre VIH; vigilancia de laboratorio específica sobre VIH; terapias antirretrovirales; TB/VIH; y facilitadores sociales, incluidos programas sobre derechos humanos y para la reducción del estigma. Los programas que aparecen como "nuevos" en la lista de intervenciones no estuvieron incluidos en las anteriores directrices y se describirán más adelante.

La tabla que se incluye seguidamente incluye un completo conjunto de programas o servicios que dan cuenta de todos los posibles usos de los recursos en los países, lo que incluye programas básicos y recursos de financiación para la presentación de informes en el ciclo de 2017 de Vigilancia Mundial del Sida. Se pide de los países que informen de los programas y servicios que correspondan según proceda, es decir, no todos los países necesitan informar de cada una de las filas de la matriz, sino únicamente de las que sean relevantes de acuerdo con la realidad de cada país; lo mismo es aplicable a los recursos financieros: deberán completarse según existan en cada nación. Es importante hacer constar cuando el gasto es inexistente (es decir, de valor "0"), cuando no está disponible o cuando no es aplicable.

La herramienta en línea para la presentación de informes sobre Vigilancia Mundial del Sida ofrecerá orientaciones ulteriores sobre cómo completar los formularios de informes y presentar los indicadores sobre gasto ante el ONUSIDA. Se incluye una descripción más detallada (ámbito y límites) de cada programa incluido en esta matriz y de cada fuente de financiación en el registro de indicadores, que se irá actualizando regularmente.

La cantidad total de recursos deberá incluir la totalidad de flujos financieros y gastos según todos los programas o servicios y según todos los recursos. Los subindicadores representarían únicamente un subconjunto del total que corresponde a parte de los compromisos específicos. Los importes de que se informe se compararán con el número de personas que estén recibiendo los mismos servicios en Vigilancia Mundial del Sida o en otras partes.



Lista de programas sobre el VIH de la matriz de financiación nacional con expresión de interrelación con las Categorías de Gasto relativo al sida de la Medición del Gasto Nacional relativo al Sida

<p><b>Códigos en la matriz de financiación nacional de Vigilancia Mundial del Sida</b></p> <p><b>Compromisos de Acción Rápida para acabar con el sida para el año 2030</b></p>	<p><b>Categorías de programas de Vigilancia Mundial del Sida para 2017: conjunto completo de intervenciones</b></p>	<p><b>Categorías de programas de Vigilancia Mundial del Sida 2017: Subindicadores básicos</b></p>	<p><b>Categorías de gasto relativo al sida</b> (de acuerdo con las directrices de Medición del Gasto Nacional relativo al Sida)</p> <p><b>¿Nueva categoría?</b></p>
<p><b>Compromiso 1.</b> Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020</p>	<p><b>1 Tratamiento, atención y apoyo (subtotal)</b></p>	<p>1.03. Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)</p> <p>2.01.01. Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor</p> <p>4.11. Pruebas obligatorias sobre VIH (no APV)</p>	<p><b>¿Nueva categoría?</b></p>
<p>1.1</p>	<p>Pruebas y asesoramiento sobre VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH (sin especificar)</p>	<p>Nota: este programa está dirigido a la población general, mientras que las pruebas y el asesoramiento sobre VIH se dirigen a grupos de población de los que ha de informarse como parte de programas de prevención para grupos de población específicos relacionados</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida (8.3 “Abastecimiento y Logística” de la matriz de financiación nacional (excluyendo el gasto en productos médicos).</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p> <p><b>NUEVO:</b> desagregación de productos médicos</p>
<p>1.2</p>	<p>Tratamiento antirretroviral (subtotal)</p>	<p>Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica)</p>	<p>2.01.03. Terapia antirretroviral o</p> <p>2.01.03.98. Terapia antirretroviral no desglosada ni por edad ni por línea de tratamiento</p>
<p>1.2.1. Tratamiento antirretroviral para adultos, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antirretrovirales</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica)</p>	<p>2.01.03.01. Terapia antirretroviral para adultos</p>	<p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 “Abastecimiento y Logística” de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p> <p><b>NUEVO:</b> desagregación de productos médicos</p>

<p>2.01.03.02. Terapia antirretroviral pediátrica</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica)</p>	<p>1.2.2. Tratamiento antirretroviral para niños, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antirretrovirales</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>
<p>2.01.05. Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>Gasto en vigilancia de laboratorio específica sobre el VIH (recuentos de células CD4, medición de carga vírica)</p>	<p>Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH (CD4, carga vírica), lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuento de células CD4, pruebas sobre carga vírica (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>
<p>2.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas, o 2.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas</p>	<p>Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, con exclusión del tratamiento y prevención de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH</p>	<p>1.4</p>	
<p>2.01.08. Cuidados paliativos ambulatorios</p> <p>2.01.09. Cuidados en el hogar</p> <p>2.02.02. Cuidados paliativos hospitalarios</p>	<p>Cuidados paliativos</p>	<p>1.5</p>	<p>NUEVO: categoría para gastos sobre retención en la atención sanitaria</p> <p>NUEVO: habrá de informarse de la vigilancia de laboratorio de forma independiente (Categorías de Gasto relativo al Sida de MEGAS 2.01.05., 1.3 bajo la Matriz de Financiación de Vigilancia Mundial del Sida)</p>
<p>2.01.04. Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretroviral</p> <p>2.01.07. Tratamiento psicológico y servicios de apoyo</p> <p>No aplicable para retención</p>	<p>Apoyo y retención</p>	<p>1.6</p>	

<p><b>Compromiso 2.</b> Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018</p>	<p><b>2</b></p> <p><b>Prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH (subtotal)</b></p>	<p><b>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</b></p>	<p><b>1.17. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (PTMI)</b></p>
<p>2.1</p> <p>Pruebas y asesoramiento sobre VIH para mujeres embarazadas, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</p>	<p>1.17.01. Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas PTMI</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p> <p>No aplicable</p>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>
<p>2.2</p> <p>Diagnóstico de recién nacidos, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</p>	<p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>
<p>2.3</p> <p>Tratamiento antirretroviral para la reducción de la transmisión vertical (maternoinfantil), lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antirretrovirales</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</p>	<p>1.17.02. Profilaxis antirretroviral para mujeres embarazadas y neonatos VIH-positivos</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>
<p>2.4</p> <p>Componente no relacionado con antirretrovirales de PTMI</p>	<p>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</p>	<p>1.17.03. Prácticas seguras de alimentación infantil (incluida sustitución de la leche materna)</p> <p>1.17.04. Prácticas del parto como parte de programas PTMI</p> <p>1.17.05. Marketing social del preservativo y provisión de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas PTMI</p> <p>ASC.01.17.99. Actividades PTMI sin clasificación en otro sitio</p>	

<p><b>Compromiso 3.</b> Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)</p> <p><b>Compromiso 8.</b> Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales</p>	<p><b>3</b></p> <p><b>Prevencción (subtotal)</b></p>	<p><b>No aplicable</b></p>
<p>1.01. Actuaciones de comunicación para el cambio social y conductual</p> <p>Nota: De las actuaciones de comunicación para el cambio social y conductual dirigidas a grupos de población clave se ha de informar como parte de los programas de prevención para grupos de población clave</p> <p>1.12. Marketing social de preservativos</p> <p>1.13. Provisión de preservativos masculinos por parte del sector público y el sector privado</p> <p>1.14. Provisión de preservativos femeninos por parte del sector público y el sector privado</p>	<p>Programas de cambio social y conductual</p> <p>Sin especificar</p>	<p>1.01. Actuaciones de comunicación para el cambio social y conductual</p> <p>Nota: De las actuaciones de comunicación para el cambio social y conductual dirigidas a grupos de población clave se ha de informar como parte de los programas de prevención para grupos de población clave</p> <p>1.12. Marketing social de preservativos</p> <p>1.13. Provisión de preservativos masculinos por parte del sector público y el sector privado</p> <p>1.14. Provisión de preservativos femeninos por parte del sector público y el sector privado</p>
<p>3.2</p> <p>Preservativos, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preservativos (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>Preservativos (sin especificar)</p>	<p>Nota: estos programas están dirigidos a la población general, mientras que de estos mismos programas dirigidos a grupos de población específicos ha de informarse como parte de los programas de prevención para esos grupos de población específicos.</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p> <p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>

<p>3.3</p> <p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) desagregada según grupos de población clave (subtotal)</p>	<p>No aplicable</p>	<p>NUEVO</p>
<p>3.3.1. PPrE para hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p>	<p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para grupos de población clave, para evitar la doble contabilización</p>	<p>NUEVO</p>
<p>3.3.2. PPrE para trabajadores sexuales</p>	<p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para profesionales del sexo ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para profesionales del sexo, para evitar la doble contabilización</p>	<p>NUEVO</p>
<p>3.3.3. PPrE para personas que usan drogas inyectables</p>	<p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para personas que usan drogas inyectables ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para personas que usan drogas inyectables, para evitar la doble contabilización</p>	<p>NUEVO</p>
<p>3.3.4. PPrE para personas transgénero</p>	<p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para personas que usan drogas inyectables ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para personas transgénero, para evitar la doble contabilización</p>	<p>NUEVO</p>
<p>3.3.5. PPrE para población reclusa</p>	<p>Profílixis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p> <p>Nota: Si fuese de aplicación, el gasto sobre PPrE para la población reclusa ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para población reclusa, para evitar la doble contabilización</p>	<p>NUEVO</p>

<p>3.3.6. PPrE para mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH</p>	<p>Profilaxis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p>	<p>No aplicable</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia del VIH ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para mujeres jóvenes y chicas adolescentes, para evitar la doble contabilización</p>
<p>3.3.7. PPrE para parejas serodiscordantes</p>	<p>Profilaxis previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p>	<p>No aplicable</p> <p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para parejas serodiscordantes ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para personas que viven con el VIH, para evitar la doble contabilización</p>
<p>3.4</p>	<p>Circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta prevalencia</p>	<p>1.18. Circuncisión masculina</p>
<p>3.5</p>	<p>Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para hombres gay y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Preservativos, lubricantes y otros productos médicos</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>1.09. Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p> <p>Nota:</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>
<p>3.6</p>	<p>Prevención, promoción de pruebas y vinculación a programas de atención para profesionales del sexo y sus clientes, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Preservativos, lubricantes y otros productos médicos</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>1.08. Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes</p>

<p>3.7</p> <p>Prevenición, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que usan drogas inyectables (subtotal)</p>	<p>Prevenición entre grupos de población clave</p>	<p>1.10. Programas de reducción del daño para personas que usan drogas inyectables</p> <p>Nota:</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p> <p>1.10.05. Sustitución de agujas y jeringuillas como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>1.10.01. APV como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>1.10.02. Marketing social del preservativo y provisión de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>1.10.03. Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>1.10.04. Actividades de comunicación sobre el cambio conductual / de comportamiento como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>1.10.99. Otras intervenciones programáticas para personas que usan drogas inyectables, sin clasificación en otro sitio</p> <p>Nota:</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>	<p>Prevenición entre grupos de población clave</p>	<p>3.7.1. Sustitución de agujas y jeringuillas, y promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para personas que usan drogas inyectables, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utensilios de inyección</li> <li>▪ Pruebas sobre VIH (productos médicos)</li> <li>▪ Preservativos, lubricantes y otros productos médicos</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>	<p>Prevenición entre grupos de población clave</p>	<p>1.10.06. Tratamiento con drogas sustitutivas como parte de programas dirigidos a personas que usan drogas inyectables</p> <p>Nota:</p> <p>Se ha de informar de los gastos en abastecimiento (excluyendo el gasto en productos médicos) bajo la Categoría de Gasto relativo al Sida 8.3 "Abastecimiento y Logística" de la matriz de financiación nacional.</p> <p>Deberá darse cuenta de los costes atribuidos a información estratégica y sistemas de información bajo 8.1 Información estratégica, y 8.3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios, respectivamente.</p>	<p>NUEVO: desagregación de productos médicos</p>	<p>Prevenición entre grupos de población clave</p>	<p>3.7.2. Terapia de sustitución, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drogas sustitutivas, como son metadona y buprenorfina (productos médicos)</li> <li>▪ Otros costes directos e indirectos</li> <li>▪ No desagregados por tipo de coste</li> </ul>
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

3.8	Prevencción, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para las personas transgénero	Prevencción entre grupos de población clave	No aplicable Nota: Si fuese pertinente, puede recogerse bajo la categoría de programa, más amplia, 1.04. Reducción de riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	NUEVO
3.9	Prevencción, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para los presos	Prevencción entre grupos de población clave	No aplicable Nota: Si fuese pertinente, puede recogerse bajo la categoría de programa, más amplia, 1.04. Reducción de riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	NUEVO
3.10	Prevencción, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y chicas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Prevencción entre grupos de población clave	No aplicable Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre programas de prevención dirigidos a mujeres jóvenes y chicas adolescentes ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de la categoría relacionada, más amplia, 1.04. Reducción de riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles 1.05. Prevencción - jóvenes en las escuelas 1.06. Prevencción - jóvenes fuera de las escuelas	NUEVO
3.11	Transferencias de efectivo para chicas (países con alta prevalencia), lo que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>sobre presupuestos asignados para VIH</li> </ul>	Gastos totales en transferencias de efectivo para mujeres y chicas (de entre 10 y 24 años de edad, países con alta prevalencia del VIH)	No aplicable Nota: Si fuese pertinente, gasto en transferencias de efectivo para chicas ha de recogerse bajo esta categoría, a la vez que se excluye de la categoría relacionada, más amplia, de Prevencción para mujeres jóvenes y chicas adolescentes, y 1.04. Reducción de riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles 1.04. Reducción de riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	
3.12	Programas de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles		No aplicable Nota: si se ha dado cuenta de algún componente específico más arriba (por ejemplo, población reclusa, personas transgénero, etc.), esos componentes han de excluirse de esta categoría, para evitar la doble contabilización	
3.13	Profilaxis posterior a la exposición (PPoE)		1.22. Profilaxis posterior a la exposición (PPoE)	
3.14	Lugar de trabajo		1.11. Programas de prevención en el lugar de trabajo	



<p>No aplicable</p> <p>3.15 Sinergias con el sector sanitario</p> <p>1.16. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)  1.19. Seguridad hematológica  1.20. Inyecciones médicas seguras  1.21. Precauciones universales  2.01.06. Programas dentales para personas que viven con el VIH  2.03. Transporte sanitario y rescates de emergencia</p>	<p><b>Compromiso 4.</b>  Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020</p> <p><b>4 Programas de género</b></p> <p><b>5 Programas para niños y adolescentes</b></p> <p><b>6 Protección social</b></p> <p><b>Compromiso 5.</b>  Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año</p> <p><b>Compromiso 6.</b>  Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020</p>	<p>1.16. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)  1.19. Seguridad hematológica  1.20. Inyecciones médicas seguras  1.21. Precauciones universales  2.01.06. Programas dentales para personas que viven con el VIH  2.03. Transporte sanitario y rescates de emergencia</p> <p><b>7.04. Programas específicos sobre sida centrados en las mujeres</b>  <b>7.05. Programas para reducir la violencia de género</b></p> <p><b>1.05. Prevención - jóvenes en las escuelas</b>  <b>1.06. Prevención - jóvenes fuera de las escuelas</b></p> <p><b>Nota: Esta categoría excluye programas de prevención específicos dirigidos a mujeres jóvenes y chicas adolescentes</b></p> <p><b>3. Huérfanos y niños vulnerables, incluidas todas las subcategorías</b>  <b>6. Protección social y servicios sociales, incluidas todas las subcategorías</b></p>	<p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p> <p><b>8 Gobernanza y sostenibilidad (subtotal)</b></p> <p><b>No aplicable</b></p>
<p><b>Compromiso 7.</b>  Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020</p>	<p><b>7</b></p> <p><b>Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p>	<p><b>3. Huérfanos y niños vulnerables, incluidas todas las subcategorías</b>  <b>6. Protección social y servicios sociales, incluidas todas las subcategorías</b></p>	<p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p>
<p><b>Compromiso 8.</b>  Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales</p>	<p><b>8</b></p> <p><b>Gobernanza y sostenibilidad (subtotal)</b></p>	<p><b>3. Huérfanos y niños vulnerables, incluidas todas las subcategorías</b>  <b>6. Protección social y servicios sociales, incluidas todas las subcategorías</b></p>	<p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>Movilización comunitaria</b></p> <p><b>Gasto en facilitadores sociales</b></p> <p><b>1.02. Movilización comunitaria</b></p>

				4.03. Seguimiento y evaluación 4.05. Vigilancia serológica (serovigilancia) 4.06. Seguimiento de situaciones de resistencia a los medicamentos 4.09. Seguimiento de pacientes 8.03. Investigación epidemiológica 8.04. Investigación en ciencias sociales
	8.1	Información estratégica		
	8.2	Planificación y coordinación		4.01. Planificación, coordinación y gestión de programas
	8.3	Abastecimiento y logística		4.02. Costes de administración y sobre transacciones asociadas con la gestión y desembolso de fondos 4.07. Sistemas de suministro de medicamentos
	8.4	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios		4.08. Tecnologías de la información 4.10. Actualización y construcción de infraestructuras 5.03. Formación
No aplicable	8.5	Formación		5.02. Educación formativa para la creación de un grupo de profesionales para el VIH
No aplicable	8.6	Investigación relacionada con el VIH y el sida		8.01. Investigación biomédica 8.02. Investigación clínica 8.05. Investigación relacionada con vacunas 4.04. Investigación operacional
<b>Compromiso 9.</b> Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos	<b>9</b>	<b>Facilitadores esenciales (subtotal)</b>		<b>No aplicable</b>
	9.1	Diálogo sobre políticas	Gasto en facilitadores sociales	7.01. Promoción
	9.2	Programas clave sobre derechos humanos	Gasto en facilitadores sociales	7.02. Programas sobre derechos humanos
	9.3	Desarrollo institucional específico sobre el sida	Gasto en facilitadores sociales	7.03. Desarrollo institucional específico sobre el sida

<p><b>Compromiso 10.</b> Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C</p>	<p><b>10</b> <b>Coinfección por tuberculosis, diagnóstico y tratamiento (subtotal)</b></p>	<p><b>No aplicable</b></p>	<p><b>Gasto relativo a TB/VIH</b></p>	<p><b>No aplicable</b></p> <p><b>Nota: Si fuese aplicable, puede darse cuenta de ello bajo la categoría de programas, más amplia, 2.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas, o 2.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas</b></p>
	<p>10.1</p>	<p>Detección y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH</p>	<p>Gasto relativo a TB/VIH</p>	<p>No aplicable</p>
	<p>10.2</p>	<p>Prevención y tratamiento de TB para las personas que viven con el VIH</p>	<p>Gasto relativo a TB/VIH</p>	<p>No aplicable</p>
<p><b>No aplicable</b></p>	<p><b>Otros programas esenciales fuera del marco de trabajo que se sugiere de programas básicos sobre VIH y sida (enumerar y especificar seguidamente)</b></p>		<p><b>No aplicable</b></p>	
	<p><b>Total</b></p>		<p><b>Gasto total relativo al VIH</b></p>	<p><b>No aplicable</b></p>

Copyright © 2016  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA)  
Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

ONUSIDA/JC2880





**ONUSIDA**  
**Programa conjunto de las Naciones**  
**Unidas sobre el VIH/sida**

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666

[unids.org](http://unids.org)