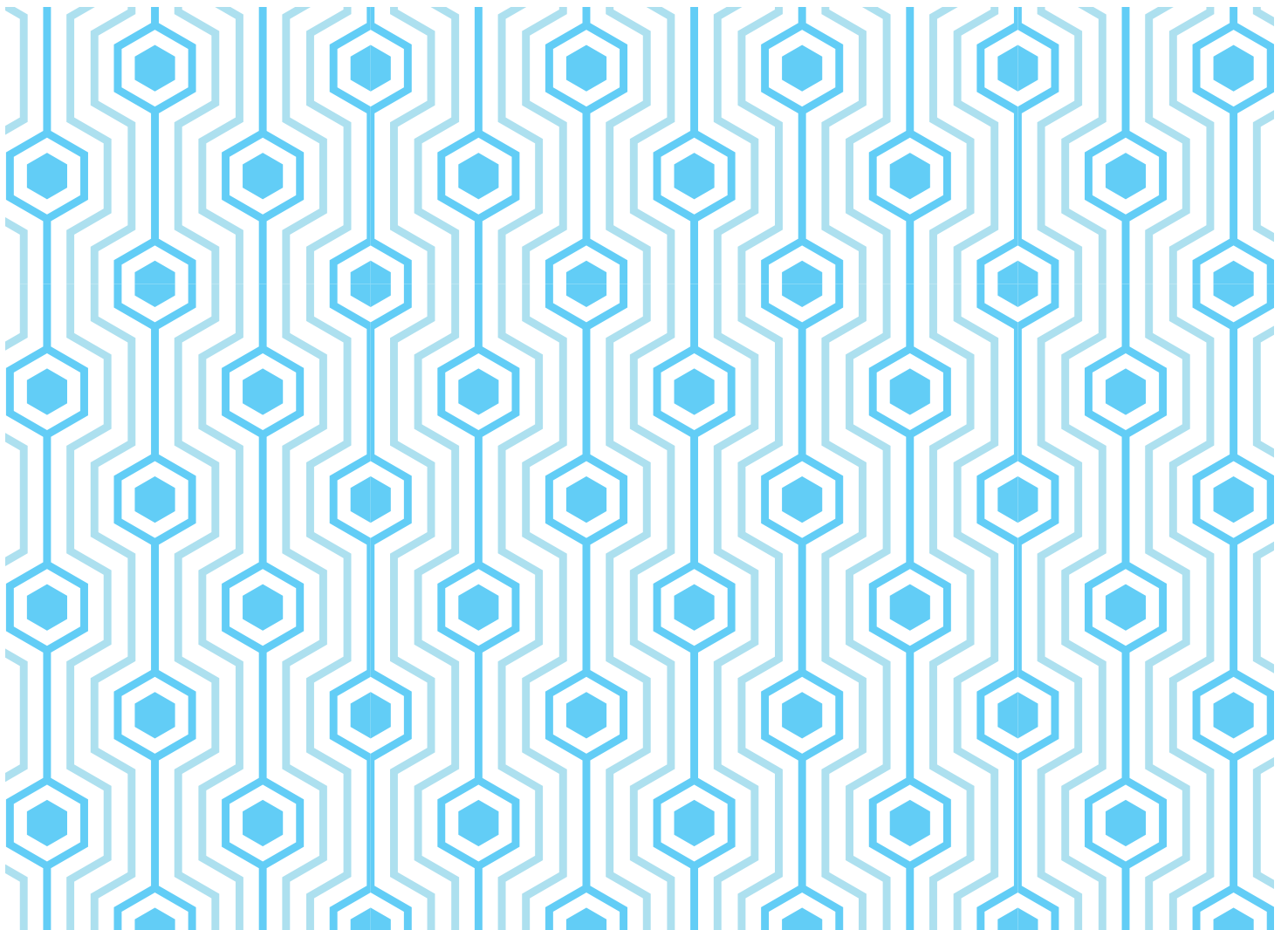


# Monitoreo Global del Sida 2018

Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política  
de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016





# Contenido

Resumen de indicadores para el Monitoreo Global del Sida	<b>5</b>
Abreviaturas y acrónimos	<b>9</b>
Introducción	<b>10</b>
Implementación del monitoreo a nivel nacional	<b>17</b>
Resumen de cambios en el proceso de presentación de informes para 2017	<b>29</b>
Indicadores para el Monitoreo Global del Sida	<b>37</b>

Se ruega entregar los datos de los indicadores a través del sitio web de Vigilancia Mundial del Sida ([aidsreportingtool.unaids.org](https://aidsreportingtool.unaids.org)) antes del día 29 de marzo 2018.

Las estimaciones modeladas del VIH mediante el programa informático actualizado Spectrum se deben entregar antes del 22 de marzo de 2018.

*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*

1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	<b>37</b>
1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral	<b>40</b>
1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses	<b>42</b>
1.4 Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida	<b>44</b>
1.5 Diagnóstico tardío del VIH	<b>46</b>
1.6 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales	<b>47</b>
1.7 Mortalidad relacionada con el sida	<b>49</b>

*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	<b>50</b>
2.2 Transmisión materno-infantil del VIH	<b>52</b>
2.3 Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	<b>54</b>
2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas	<b>57</b>
2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	<b>59</b>
2.6 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas	<b>60</b>

*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>60</b>
3.2 Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave (A-E)	<b>63</b>
3.3 Prevalencia del VIH entre grupos de población clave (A-E)	<b>64</b>
3.4 Pruebas de VIH en poblaciones clave (A-D)	<b>66</b>
3.5 Cobertura de terapias antirretrovirales entre las personas que viven con el VIH entre grupos de población clave (A-E)	<b>68</b>
3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo	<b>70</b>
3.6B Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<b>72</b>
3.6C Uso del preservativo entre las personas que usa drogas inyectables	<b>74</b>

3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero	<b>76</b>
3.7 Cobertura de los programas de prevención del VIH entre grupos de población clave (A–E)	<b>78</b>
3.8 Prácticas seguras en el consumo de drogas intravenosas entre las personas que usan drogas inyectables	<b>80</b>
3.9 Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables	<b>82</b>
3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	<b>84</b>
3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo	<b>85</b>
3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<b>86</b>
3.13 Programas de prevención del VIH en prisiones	<b>87</b>
3.14 Hepatitis vírica entre grupos de población clave	<b>88</b>
3.15 Personas que reciben profilaxis previa a la exposición (PPrE)	<b>89</b>
3.16 Prevalencia de la circuncisión masculina	<b>91</b>
3.17 Número anual de hombres que se circuncidan voluntariamente	<b>92</b>
3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	<b>93</b>
<i>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</i>	
4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	<b>94</b>
4.2 Evitación de los servicios de salud a causa del estigma y discriminación a grupos clave (A–D)	<b>96</b>
4.3 Prevalencia de la violencia reciente por parte de una pareja íntima	<b>98</b>
4.4 Experiencia de discriminación relacionada al VIH en instalaciones de cuidado de salud	<b>100</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>102</b>
5.2 Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos	<b>103</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>105</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>109</b>
10.2 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa	<b>111</b>
10.3 Personas que viven con VIH y han comenzado terapia preventiva contra la tuberculosis	<b>112</b>
10.4 Hombres con secreción uretral	<b>113</b>
10.5 Gonorrea entre la población masculina	<b>114</b>
10.6 Pruebas de hepatitis B	<b>115</b>
10.7 Personas coinfectadas con VIH y hepatitis B que reciben tratamiento combinado	<b>116</b>
10.8 Pruebas de hepatitis C	<b>117</b>
10.9 Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comienzan tratamiento para hepatitis C	<b>118</b>
10.10 Cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH	<b>119</b>
Guía para el uso del ICPN interino	<b>120</b>
ICPN interino	<b>125</b>
Anexo 1. Bibliografía seleccionada	<b>142</b>
Anexo 2. La matriz de financiación nacional para el indicador 8: Gasto total relativo al VIH	<b>143</b>
Anexo 3. Volúmenes y precios por unidades de productos básicos adquiridos y distribuidos.	<b>155</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 azul.

*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*

ICPN provisional

**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)
- ➔ 2.6 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas

*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 Pruebas de VIH en poblaciones clave
  - 3.4A Pruebas de VIH en trabajadores del sexo
  - 3.4B Pruebas de VIH en hombres que tienen sexo con hombres
  - 3.4C Pruebas de VIH en personas que usan drogas inyectables
  - 3.4D Pruebas de VIH en 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 condones distribuidos (ICPN interino)

**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 de salud a causa del estigma y discriminación a grupos clave

4.2A Evitación de los servicios de salud por los trabajadores del sexo a causa del estigma y discriminación

4.2B Evitación de los servicios de salud por los hombres que tienen sexo con hombres a causa del estigma y discriminación

4.2C Evitación de los servicios de salud por los hombres que tienen sexo con hombres a causa del estigma y discriminación

4.2D Evitación de los servicios de salud por las personas transgénero a causa del estigma y 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*

- ➔ 4.4 Experiencia de discriminación relacionada al VIH en instalaciones de cuidado de salud

*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*

ICPN interino

**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 2019

ICPN interino

**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 2019

ICPN interino

**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 materno-infantil 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

ICPN interino

**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 Personas que viven con VIH y tuberculosis activa
- ➔ 10.3 Personas que viven con VIH y han comenzado terapia preventiva contra la tuberculosis

**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 Personas coinfectadas con VIH y hepatitis B que reciben tratamiento combinado
- ➔ 10.8 Pruebas de hepatitis C
- ➔ 10.9 Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comienzan tratamiento para hepatitis C

**Cáncer de cuello de útero**

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

**Indicadores adicionales relacionados a este tema, pero recolectados por otros medios por la OMS:**

Vacunación para VPH

# 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 transcriptase inversa
<b>INTI</b>	inhibidor nucleósido de la transcriptase 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>PrEP</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 2017).

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 2018 corresponde al segundo año tras la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y es también el segundo año de 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. La OMS, 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 Mundial del Sida**

Se han aplicado los siguientes principios al seleccionar los indicadores del marco de Vigilancia Mundial del Sida:

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

<sup>2</sup> Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, último acceso en fecha 15 November 2017).

<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.

---

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

- 4 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).

- 5 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).
- 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.

<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).

- **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.

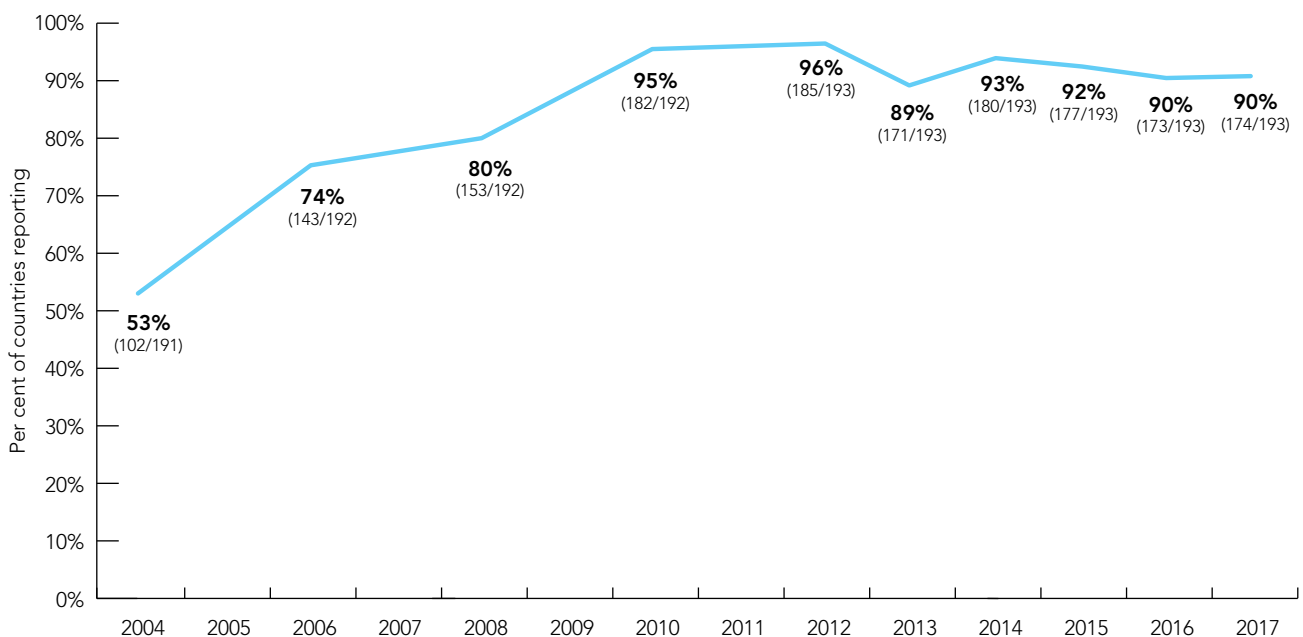
desde 2004 y cada año desde 2012. Los índices de respuesta se incrementaron inicialmente, pasando de 102 Estados Miembros (53%) en 2004 a 185 (96%) en 2012. Desde 2012 ese índice de respuesta ha decrecido para llegar a los 174 Estados Miembros (90%) que presentaron sus informes en 2017 (figuras 1 y 2).

### 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

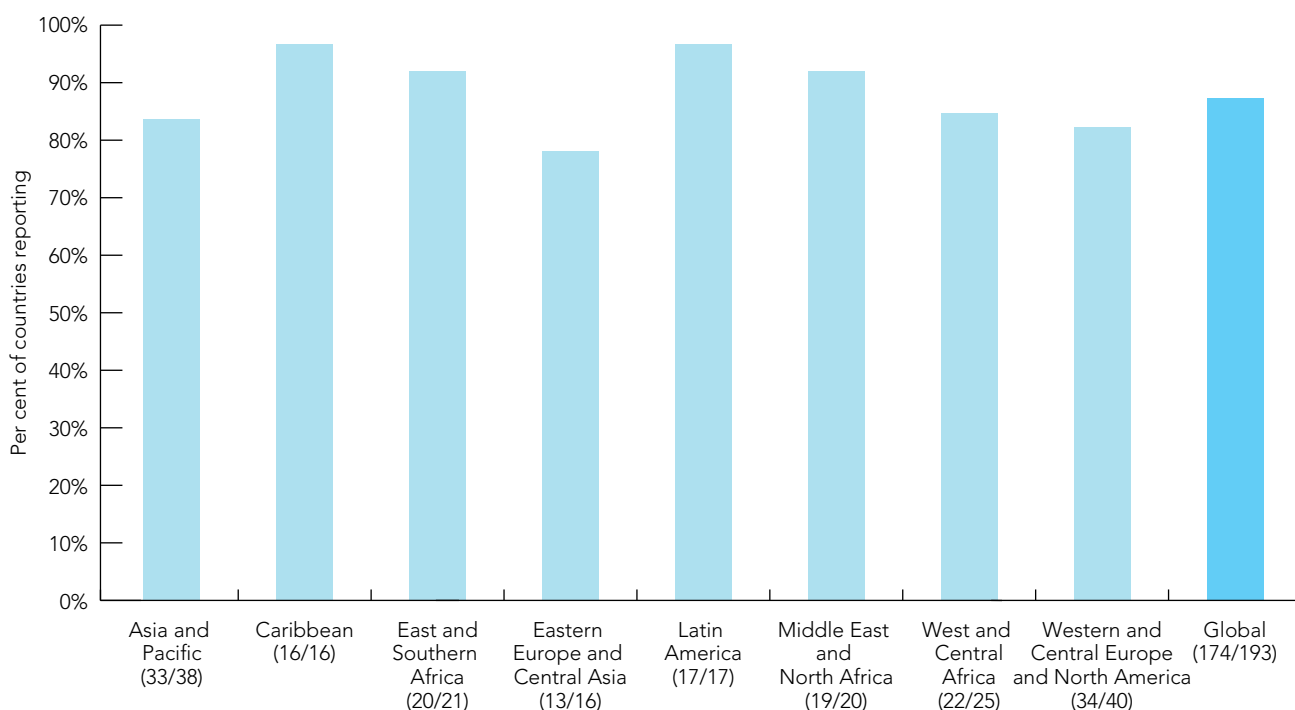
**Figura 1.**

Tendencia en los índices de respuesta, 2004-2017



## Figura 2.

Proporción de países que presentaron sus informes en el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2017



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/knowyourresponse/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.



## Formato de los informes

La presentación de informes de 2018 requiere la presentación de los indicadores y del ICPN<sup>6</sup> interino. A la hora de enviar los informes sobre Monitoreo Global del Sida, se alienta a los países a enviar también un informe narrativo. La herramienta en línea incorpora la plantilla de un informe narrativo que consiste en breves resúmenes narrativos de cada compromiso de Acción Acelerada. Alternativamente, los países pueden presentar un informe nacional reciente, si está disponible.

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 29 de marzo de 2018.**

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 2017 se sintetizan en las páginas 29 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.

<sup>6</sup> El ICPN interino incluye un sub-conjunto de preguntas del ICPN Parte A que se refieren a los elementos de política que pueden cambiar con más frecuencia.

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 (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 Monitoreo Global del Sida es el paquete informático Spectrum<sup>7</sup> que permite a los países elaborar estimaciones a nivel de población de las personas que viven con VIH, mujeres embarazadas que necesitan terapia antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil y los niños expuestos al VIH que necesitan realizarse pruebas virológicas.

En 2018, los archivos Spectrum se completarán antes de que los datos sobre el Monitoreo Global

del Sida se presenten, a fin de que garantizar que la información esté armonizada. Los archivos finales de Spectrum deben ser presentados el 22 de marzo de 2018, dando tiempo de comparar los valores de los indicadores presentados y los archivos de Spectrum. Los equipos de país recibirán los datos de las estimaciones 2018 en enero 2018 y tendrán la opción de importar los datos de Spectrum en la plataforma del Monitoreo Global del Sida para algunos indicadores, en cuyo caso no será necesario que los introduzcan en la herramienta de Monitoreo Global 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 responsable de introducir datos en la herramienta de Monitoreo Global del Sida importe

---

#### Límites de incertidumbre en torno a las estimaciones del ONUSIDA<sup>8</sup>

---

El software de estimación calcula los límites de incertidumbre en torno a cada estimación. Estos límites definen el rango dentro del cual se encuentra el verdadero valor (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

En los países que usan datos de vigilancia del VIH, la cantidad y fuente de los datos disponibles determinan en parte la precisión de las estimaciones: los países con más datos de vigilancia del VIH tienen rangos más pequeños que los países con menos datos de vigilancia o tamaños de muestra más pequeños. Los países en los que se ha realizado una encuesta nacional basada en la población generalmente tienen rangos más pequeños alrededor de las estimaciones que los países donde tales encuestas no se han llevado a cabo. Los países que producen estimaciones subnacionales a nivel provincial tienen rangos más amplios. En los países que utilizan informes de casos de VIH y datos de mortalidad relacionados con el SIDA, la cantidad de años de datos y la magnitud de los casos informados o las muertes relacionadas con el SIDA observadas contribuirán a determinar la precisión de la estimación.

Los supuestos necesarios para llegar a la estimación también contribuyen a la extensión de los rangos alrededor de las estimaciones: en resumen, cuantas más suposiciones, mayor es el rango de incertidumbre, ya que cada suposición introduce incertidumbres adicionales. Por ejemplo, los rangos alrededor de las estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos son más pequeños que aquellos en torno a las estimaciones de la incidencia del VIH entre los niños, que requieren datos adicionales sobre la prevalencia entre mujeres embarazadas y la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo con su propia incertidumbre adicional.

El ONUSIDA confía en que el número real de personas que viven con el VIH, las personas que se han infectado recientemente con el VIH o las personas que han muerto por causas relacionadas con el SIDA se encuentran dentro de los rangos informados. Con el tiempo, más y mejores datos de los países reducirán constantemente la incertidumbre.

---

<sup>7</sup> Spectrum/EPP [sitio web]. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumepp>, último acceso en fecha 15 de noviembre de 2017).

<sup>8</sup> Ending AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)).

las estimaciones finales desarrolladas por el equipo nacional de estimaciones sobre el VIH.

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>9</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.

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, especialmente sobre poblaciones clave.

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

<sup>9</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.

del ONUSIDA publicado en 2015<sup>10</sup> da ejemplos concretos de cómo los países se dirigen a poblaciones y ubicaciones específicas para acelerar su respuesta al VIH.

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

10 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 2017).

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@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

### **Interpretación y análisis**

Este manual aborda cada indicador, también sus puntos fuertes y débiles. Los países deben revisar cuidadosamente la sección de interpretación antes de comenzar a recopilar y analizar la información ya que explica cómo analizar 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 complemente los datos recopilados por los gobiernos. Los comités, consejos o comisiones nacionales del sida o equivalentes deben extraer información del espectro completo de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, redes de personas que viven con el VIH, organizaciones 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.

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@unaids.org](mailto:aidsreporting@unaids.org).

## Contenido del informe

En 2018, 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](https://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/knownyourresponse/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. El Departamento de Información Estratégica del ONUSIDA también puede proveer 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 29 de marzo de 2018.

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.

Los datos de Spectrum se pueden importar directamente del archivo CSV proporcionado por el equipo nacional de estimaciones del VIH. ONUSIDA comparará los datos finales para garantizar que se utilizó el mismo archivo en el Monitoreo Global del Sida que el que se envió para el proceso final de estimaciones del VIH.

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, antes del día 1 de febrero de 2018.

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. Identificar puntos focales que coordinen la terminación del reporte ICPN interino
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. 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.
  - Realizar el reporte ICPN interino (directrices adicionales disponibles en este document).
7. Solicitar al equipo nacional de estimaciones que proporcione el archivo CSV final con las estimaciones del programa Spectrum.
  8. 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>).
  9. Permitir que las partes interesadas, incluidas las entidades gubernamentales y la sociedad civil, formulen comentarios sobre el borrador de los datos.
  10. 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 (ICPN interino), 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.

11. Enviar los datos ingresados con base en las conclusiones del taller de consulta.
12. Subir el archivo final de Spectrum a la carpeta de estimaciones nacionales designada en o antes del día **22 de marzo de 2018**.
13. Enviar todos los datos sobre indicadores, las respuestas al ICPN interino y los resúmenes narrativos para cada compromiso el día **29 de marzo de 2018** o antes.
14. 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 2018**

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 2018. 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 Monitoreo Global del Sida. Si hay datos que ya hayan sido enviados previamente, pedir al país 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 que las estimaciones corresponden al archivo final de Spectrum enviado a ONUSIDA.
- Verificar los numeradores frente a datos comparables.

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 los cambios al conjunto de indicadores del informe 2018

El informe 2018 requiere completar los datos de indicadores, el ICPN interino y un reporte narrativo. El informe narrativo es opcional.

Algunos indicadores han sido actualizados atendiendo a las recomendaciones del Grupo Asesor Técnico de Monitoreo Global, reunido en noviembre 2017; y algunos indicadores fueron añadidos.

- A continuación se resumen los cambios correspondientes a la ronda de presentación de informes de 2018.
  - 2.6 Pruebas de VIH en mujeres embarazadas
  - 4.4 Experiencia de estigma y discriminación relacionada al VIH en entornos de atención sanitaria primaria
- Se han actualizado catorce indicadores en el reporte de este año
  - 2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.
    - Ejemplos comunes de regímenes antirretrovirales para Opción B+ y B fueron actualizados
  - 3.4 Pruebas de VIH en poblaciones clave (A-D)
    - Estos indicadores fueron renombrados para evitar confusión con el indicador 1.1 (Personas que viven con VIH que conocen su estado serológico), el cual mide progreso hacia el primer 90.
  - 3.14 Hepatitis viral en poblaciones clave
    - Hepatitis viral en prisioneros fue eliminado, pues esta información será capturada como parte del indicador 3.13 (programas de prevención del VIH en prisiones).

- 3.15 Personas que reciben PPrE
  - En vez de capturar datos sobre quienes reciben profilaxis preexposición (PPrE) por primera vez, se colectarán datos sobre las personas que recibieron PPrE al menos una vez durante el periodo reportado.
  - Se añadirá una desagregación para las personas que recibieron PPrE por primera vez durante el periodo reportado.
- 4.2 Evitación de servicios de salud a causa del estigma y la discriminación hacia poblaciones clave (A-D).
  - La definición de este indicador se amplió, de "evitación de servicios de atención de VIH" a "evitación de servicios de salud".
- 8.1 Gasto total en VIH
  - Al igual que en rondas de in anteriores, los gastos de VIH desglosados por categoría programáticas y las fuentes de financiamiento se reportan en la plantilla de la Matriz de Financiamiento Nacional. No hay cambios en la Matriz, ya que la clasificación de las categorías programáticas de VIH sigue alineándose a los compromisos de la Declaración Política de 2016 sobre el VIH y el Sida. La definición de los subindicadores principales y los metadatos asociados se proporcionan en la guía; el anexo 2 proporciona una gama completa de categorías programáticas de VIH y una explicación de las Categorías de Gasto contra el SIDA (ASC, por sus siglas en inglés) de MEGAS (NASA, en inglés).
- La portada de la matriz de financiación se ha ampliado para recopilar información sobre los presupuestos y la identificación de ejercicios de seguimiento de recursos realizados en el país.
  - Además, se ha incluido una nueva matriz para capturar los volúmenes y precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales.
- 10.3 Personas que viven con VIH y han comenzado terapia de prevención de tuberculosis
  - Los países que no pueden informar sobre la cantidad de personas que viven con VIH recién inscritas a servicios de atención del VIH que iniciaron terapia preventiva contra la tuberculosis pueden proporcionar la cantidad de personas que viven con VIH actualmente inscritas a servicios de atención del VIH y que comenzaron la terapia preventiva.
- 10.10 Detección de cáncer cervical en mujeres que viven con VIH.
  - Los países tendrán la oportunidad de informar sobre las pruebas de detección de VIH en mujeres que se someten a exámenes de detección de cáncer cervical si no se dispone de datos sobre la detección de éste tipo de cáncer entre las mujeres que viven con el VIH.
  - Los países pueden también proporcionar la cantidad de resultados positivos en las pruebas de VIH entre los exámenes de detección de cáncer cervical.
  - Los países podrán tener la opción de especificar en la herramienta GAM datos para indicadores seleccionados e importar dichos datos en la herramienta en línea.



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 2017, más de 250 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, 1.2, 1.4, 2.3, 3.1-3.6, 3.8-3.10, 3.15, 3.17, y 10.1-10.3.
- 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 inhumana 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.

# Resumen de los cambios en la herramienta de informes en línea para el informe 2018

Para el informe de 2018, los países tendrán la oportunidad de importar datos desde Spectrum en la herramienta de informes en línea. Además, habrá un resultado analítico de los datos desglosados por género y un análisis general de los datos reportados. También se incluirá una opción en la herramienta en línea para facilitar la preparación del reporte narrativo.

## **Importar datos de Spectrum en GAM**

Cada año, los países producen estimaciones nacionales de Spectrum y responden al sistema de informes GAM. Ambos esfuerzos recopilan datos de cobertura de TAR y PTMI, y las diferencias en los datos presentados a través de los dos sistemas son conciliadas por ONUSIDA y sus socios, y se comparten a través de AIDSinfo.org. Además, la incidencia de VIH, la mortalidad a causa del Sida y las tasas de transmisión materno-infantil son obtenidas de Spectrum por parte de ONUSIDA y se comparten en AIDSinfo.org.

En 2018, se introdujo un nuevo proceso en la herramienta de informes en línea de GAM que permite a los equipos de estimaciones nacionales exportar sus resultados de Spectrum a un archivo CSV que el punto focal de GAM puede importar en la herramienta de informes en línea de GAM. Este paso reducirá tanto la entrada de datos requerida como la posibilidad de errores, y mejorará la coherencia de los datos entre los dos sistemas.

ONUSIDA ha desarrollado una herramienta simple para exportar las estimaciones de Spectrum e importar dichos datos en GAM. La importación de las estimaciones de Spectrum puede realizarse en cualquier punto y múltiples veces durante la entrada de datos en la herramienta en línea de GAM. Una vez que el país acuerde el archivo

Spectrum final, estos datos finales se deben importar a la herramienta de informes en línea. ONUSIDA verificará que el archivo final de Spectrum coincida con lo que se incluyó en GAM y de dar seguimiento con el equipo de país si existen discrepancias. La importación de las estimaciones en la herramienta GAM requiere la comunicación entre los equipos nacionales de estimación y el punto focal GAM (si son individuos diferentes) para garantizar que se use el archivo final.

Notas generales sobre el proceso:

- Antes del proceso de importación, el punto focal del GAM debe seleccionar los indicadores que se importarán (use estimaciones de Spectrum). Cualquier información ya ingresada correspondiente a los indicadores seleccionados se sobrescribirá con los datos de Spectrum.

- No se requiere toda la desagregación por edad detallada en Spectrum. El punto focal de GAM deberá revisar las páginas de entrada de datos del Indicador 1.2 (Personas que viven con VIH en terapia antirretroviral) después de la importación, para ingresar datos desglosados por edad y a nivel subnacional, si éstos están disponibles.

Instrucciones para el equipo de estimaciones nacionales para exportar datos de Spectrum:

1. Abrir el software Spectrum, pero no abra el archivo de país.
2. Seleccionar **Herramientas** en la parte superior de la página.
3. Seleccionar **Más herramientas** y desde las herramientas AIM seleccionar **GAM**.
4. Spectrum abrirá un cuadro de diálogo que le permitirá seleccionar el archivo nacional (o archivos subnacionales, si están disponibles).

Fechas	Actividad	Responsable
Diciembre-Marzo	Desarrollar el archivo Spectrum y hacer que ONUSIDA lo revise	Equipo nacional de estimaciones
Marzo 15*	Enviar el archivo Spectrum final a ONUSIDA	Equipo nacional de estimaciones
Marzo 15-28	Enviar el archivo CSV exportado de Spectrum al punto focal de GAM	Equipo nacional de estimaciones
Marzo 22	Enviar el resumen de las estimaciones al coordinador nacional de SIDA para su aprobación	Equipo global de estimaciones
Marzo 22	Importar estimaciones de Spectrum en GAM para su revisión inicial	Punto focal de GAM (relator nacional)
Marzo 22-28	Revisar el resultado de Spectrum y enviar autorización a ONUSIDA	Equipo nacional de estimaciones
Marzo 22-28	Enviar el archivo de estimaciones Spectrum en formato CSV punto focal de GAM con actualizaciones, en caso de ser necesarias	Equipo nacional de estimaciones
Marzo 22-29	Importe las estimaciones finales de Spectrum en GAM para su revisión final	Punto focal de GAM (relator nacional)
Abril 3-10	Comparar el archivo final de Spectrum con la presentación final de GAM y dar seguimiento con el país en caso de que existan discrepancias	Equipo global de estimaciones

\* Esta fecha será ligeramente diferente para algunos países que requieren informes preliminares para fines de planificación.

5. Seleccionar **Establecer nombre de archivo** de resultados de GAM y otorgar al archivo un nombre claro.
6. Asegúrese de recordar dónde está guardando el archivo CSV.
7. Enviar por correo electrónico el archivo CSV a su punto focal de GAM o seguir las siguientes instrucciones si se trata de la misma persona.

Instrucciones para el punto focal del GAM/relator nacional para importar el archivo de Spectrum a la herramienta GAM:

1. Iniciar sesión en la herramienta de informes en línea de GAM (<https://aidsreportingtool.unaids.org>).
2. Seleccionar **Importar desde Spectrum** desde el menú superior.
3. Seleccionar **Elegir archivo** y elegir el archivo CSV que se exportará desde Spectrum.
4. Hacer clic en **Importar**.
5. El sistema listará todos los datos del indicador que han sido actualizados por el proceso de importación. Puede imprimir la lista haciendo clic en **Imprimir** en la parte inferior de la página.
6. Hacer clic en **Cerrar** para regresar a la pantalla de captura de datos del indicador.

La lista de indicadores que se pueden importar desde Spectrum incluye:

- 1.2 Cobertura ART (2011-2017).
  - Por edad y sexo.
- 1.7 Mortalidad a causa del Sida por cada 100 000 (2011-2017).
  - Todos, <5, 5-14, 15+ por sexo.
- 2.2 Tasa de transmisión maternoinfantil (final) (2011-2017).

- 2.3 Cobertura de PTMI de regímenes efectivos (excluyendo sdNVP) (2011-2017).
  - Regímenes y cobertura.
- 3.1 Incidencia de VIH por cada 1000 población no infectada (2011-2017).
  - 15-49, 15-24, 50+ por sexo.
  - Todas las edades, <15.

La prevalencia de VIH y las estimaciones de tamaño de las poblaciones clave (Indicadores 3.2 y 3.3, respectivamente) solo se importarán para las epidemias concentradas que utilizan EPP. Estos indicadores no sobrescribirán los datos ya registrados, pero se mostrarán como una comparación en la página de entrada de datos.

- 3.2 Estimaciones de tamaño de poblaciones clave (para países que usan EPP para epidemias concentradas y solo con fines comparativos) (2011-2017).
  - Para todas las poblaciones clave disponibles.
- 3.3 Prevalencia de VIH en poblaciones clave (para países que usan EPP para epidemias concentradas y solo para fines comparativos) (para 2011-2017).
  - Para todas las poblaciones clave disponibles.

### **Resultado analítico de GAM: medida de la presentación de informes de datos desglosados por género**

En la herramienta de informes en línea habrá un análisis sobre la proporción de indicadores para los cuales informar información desagregada por género es recomendado y los indicadores que los países cumplen con informar datos desagregados. \*

**Numerador:** Número de indicadores para los cuales el país informó datos desglosados por sexo \*

**Denominador:** Número de indicadores para los cuales el país informó datos y para los cuales se recomienda la desagregación de género. \*

**Cálculo:** Numerador / Denominador

**Fuente:** Resultado analítico en la herramienta de informes en línea GAM

Explicación del numerador y el denominador:

Numerador: Se considerará que los países informaron datos desglosados por género para un indicador si han proporcionado valores para las desagregaciones de hombres y mujeres para el valor total del indicador. Se incluirá un país en el numerador incluso si no se proporcionaron datos desglosados por género también individualmente para el numerador o el denominador o para cada desglose por edad.

Denominador: La cantidad de indicadores para los que se recomienda la desagregación por género en las directrices de GAM para el año del informe y que el país indicado fue relevante y para el cual hay nuevos datos disponibles. \*

*\*Excluyendo indicadores de poblaciones clave*

## **Preparación del informe narrativo en la herramienta de informes GAM**

A partir de este año, una nueva función en la herramienta de informes en línea facilitará la verificación de la calidad de los datos y la producción del informe narrativo. Para cada indicador, se mostrarán los datos ingresados en los informes de este año y, en algunos casos, también los correspondientes a rondas de informes anteriores, a fin de mostrar las tendencias a lo largo del tiempo. Los países tendrán la oportunidad de seleccionar estas figuras en la herramienta en línea, comentarlas y guardarlas directamente en el informe narrativo con sus comentarios.

El informe narrativo puede servir como el informe de país para las consultas nacionales, y ONUSIDA publicará el informe narrativo después de ser aprobado por el país.

# Indicadores del GAM

## 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 o que los retrasos en los informes sean ajustados al final del periodo reportado.

Por favor, indicar el año en el que el seguimiento de casos de VIH comenzó.

---

---

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

*Numerador.* El numerador se construye de la siguiente manera:

$$PLHIV_N \times \left( \frac{E_s}{PLHIV_s} \right)$$

$PLHIV_N$ : Número de personas que viven con el VIH a nivel nacional

$E_s$ : Número de participantes en la encuesta que informaron que fueron diagnosticados con VIH en su última prueba de VIH y que también resultaron VIH-positivos en la encuesta

$PLHIV_s$ : Número de personas con resultados de pruebas positivas al VIH en la encuesta

*Denominador.* Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos a Spectrum, debe proporcionarse la documentación sobre el método de estimación y los límites de incertidumbre.

## 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.

*Numerador.* Esta medida se construye para el año actual usando el número de personas que viven con el VIH a nivel nacional multiplicado por el punto medio del siguiente año:

- El porcentaje de personas que obtuvieron un resultado positivo de VIH que informaron en la encuesta haber sido evaluadas y haber recibido el último resultado de la prueba. Para encuestas más antiguas (máximo <5 años antes del año de informe), este porcentaje se proyecta utilizando la información de la diferencia porcentual en la cobertura ART entre el año de la encuesta y el año del informe actual.
- El porcentaje de personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral según lo informado en el Indicador 1.2 el año actual.

*Denominador.* Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse la documentación sobre el método de estimación y los límites de incertidumbre.

*Método de medición.* ONUSIDA puede proporcionar asistencia técnica, si así lo solicitan.

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.

---

### Frecuencia de medición

Anualmente

---

### Desagregación

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos.
- Según disponibilidad: Desglose por edad y sexo detallados: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos.
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

---

### Información adicional solicitada

Deberán ofrecerse datos específicos a nivel subnacional y 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.

Este indicador 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

**Nota:** A partir de 2018, los países tienen la opción de construir este Indicador mediante la ampliación de grupos desglosados por edad y sexo utilizando Spectrum, importando datos en la herramienta de informes una vez que se finaliza el archivo nacional.

---

### 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 maternoinfantil 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. 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.

**Importante:** Los países que han realizado evaluaciones de la calidad de los datos o revisiones que supervisan el grado en que las instalaciones pueden informar con precisión el número de personas durante el periodo de informe deben ajustar los datos del numerador del programa para dar cuenta de estas inconsistencias. ONUSIDA trabajará con los países para acordar un conjunto de mejores prácticas específicas para el país para ajustar los datos programáticos informados.

Estos ajustes se deben describir en el “cuadro de información adicional” y el año en que se realizó la revisión de la calidad de los datos se debe proporcionar en el cuadro disponible para ello.

*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

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

---

### Información adicional solicitada

Se solicita reportar más datos específicos a edad para niños y datos desglosados por sexo para adultos. El subconjunto de personas que recientemente iniciaron terapias antirretrovirales durante el último año sobre el que se informa.

Proporcione datos subnacionales desglosados por áreas administrativas, así como datos específicos de ciudad para este indicador. Proporcione información para la ciudad capital y una o dos ciudades clave de alta relevancia epidemiológica (por ejemplo, aquellas que tienen la mayor carga de VIH o se han comprometido a terminar con el Sida para el año 2030).

La pantalla de entrada de datos tiene un espacio separado para esto. También puede enviar la versión digital de cualquier informe utilizando la herramienta de carga.

---

### 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 2016

---

#### Denominador

Número total de adultos y niños que iniciaron su terapia antirretroviral en el año 2016, 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 2017, 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 2016.

---

#### 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

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos
- Condición de madre lactante en el momento de inicio de la terapia

---

#### 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 es construido por el número de adultos y niños que 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 2016: si en cualquier momento entre el mes de mayo de 2016 y el mes de mayo de 2017 mueren, o se pierde su seguimiento (y estas no regresan) o suspenden el tratamiento (y no lo reinician), en el mes 12 (mayo de 2017) 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 2016 y que se haya saltado una cita médica en el mes de junio de 2016 pero que conste registrada como receptora de terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2017 (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 2016 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 2016 a mayo de 2017.

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 indicando si la persona estaba en periodo de lactancia en el momento en que inició el tratamiento. Deberá reportarse la retención para estos subconjuntos a partir de la fecha de inicio de tratamiento.

---

#### 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 de si están vivos, han parado tratamiento o si han muerto.

Por ejemplo, el periodo de información que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017 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 2016. 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 a los 12 meses. 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 viral se define como <1000 copias/ml. Para países con otros umbrales (como indetectables, <50 copias/ml o <400 copias/ml), la evidencia preliminar de varios estudios sugiere que la proporción de aquellos con 50 copias/ml o más y menos de 1000 copias/ml es pequeña, por lo que no se requiere ningún ajuste. El valor del umbral de prueba debe informarse para niveles distintos de <1000 copias/ml en el Cuadro de información adicional de la herramienta de informes.

La supresión de la carga viral se puede medir utilizando dos fuentes de datos diferentes: (1) datos clínicos y de programas o (2) encuestas representativas a nivel nacional. Los países deben reportar los datos de cualquier fuente que sea más reciente y representativa a nivel nacional.

A partir de 2018, se recomienda a los países que monitorean el Indicador 1.4 que utilicen Spectrum para calcular este valor. De lo contrario, contacte a ONUSIDA si necesita asistencia técnica para estimar el número de personas que han suprimido sus cargas virales.

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

*Numerador.* Los países deben informar el número real o estimado de personas a nivel nacional que han suprimido las cargas virales durante el período del informe (ver a continuación).

La prueba de carga viral debe ser rutinaria en lugar de episódica: por ejemplo, los resultados de una persona no deben incluirse si la prueba se realizó antes del inicio del tratamiento o cuando se sospechó la falla del tratamiento.

Si la carga viral se prueba repetidamente para una persona durante el año, solo se debe usar el último resultado de la prueba de rutina.

*Denominador.* Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse documentación sobre el método de estimación usado y sus límites de incertidumbre.

*Al informar el número real o estimado de personas a nivel nacional que tienen una carga viral suprimida de los datos clínicos y del programa.* Para los países que informan en la Tabla 1 de la herramienta de informe GAM que la prueba de carga viral es totalmente accesible para todas las personas en tratamiento, se debe especificar la cantidad real de personas con cargas virales suprimidas entre las que reciben tratamiento y viven con VIH. ONUSIDA define "totalmente accesible" como una situación en la que todas las personas en tratamiento antirretroviral tienen acceso a pruebas de carga viral quienes son elegibles para la prueba (típicamente personas que han estado en tratamiento por 6 meses o más). El número de personas informadas para ser evaluadas entre quienes están en tratamiento generalmente debe ser superior al 90%.

En los casos en que los países informan que la prueba de carga viral es parcialmente accesible pero representativa a nivel nacional de la población no sometida a prueba, se debe estimar el numerador. Para obtener una estimación nacional, la cobertura de pruebas de carga viral entre quienes reciben tratamiento generalmente debe ser entre 50% y 90%. Los países que usan datos en los que la cobertura de pruebas de carga viral es inferior al 50% deberían proporcionar detalles adicionales sobre su representatividad.

Ejemplo: Un país con una estimación de 100 000 personas que viven con el VIH tiene pruebas de carga viral de rutina para 12 000 de las 24 000 personas que reciben terapia antirretroviral. La cobertura de pruebas de carga viral es del 50% y el país considera que los datos son representativos a nivel nacional. De las 12 000 personas analizadas, 10 000 personas han suprimido las cargas virales. El número nacional estimado de personas que viven con el VIH y han suprimido las cargas virales es de 20 000 [(10 000/12 000) x 24 000].

Para los países que informan que la prueba de supresión de carga viral es (a) parcialmente accesible y no representativa de la población no sometida a prueba o (b) no disponible de forma rutinaria, solo se debe reportar el número de pruebas de carga viral de rutina. No es posible estimar el porcentaje de personas que viven con el VIH o aquellos en tratamiento que están reprimidos viralmente cuando pruebas de carga viral no están disponibles rutinariamente.

**Importante:** los países que han realizado evaluaciones de calidad de datos o revisiones que supervisan hasta qué punto las instalaciones pueden informar con precisión la cantidad de personas que han suprimido la carga viral durante los periodos de informe deben ajustar los datos del numerador del programa para dar cuenta de estas incoherencias. ONUSIDA trabajará con los países para acordar un conjunto de mejores prácticas específicas para el país para ajustar los datos de los programas informados. Estos ajustes se deben describir en el "cuadro de información adicional" y el año en que se realizó la revisión de la calidad de los datos se debe proporcionar en el cuadro disponible para ello.

---

## 2. Recientes encuestas de población representativas a nivel nacional.

*Numerador.* La proporción que se informa que ha suprimido las cargas virales entre las personas que dieron positivo en la encuesta debe multiplicarse por la cantidad total de personas que se estima viven con el VIH a nivel nacional para obtener el número total de personas que tienen una carga viral suprimida. Este valor puede exagerar un poco la cantidad de personas que son suprimidas viralmente entre las que reciben tratamiento, ya que se incluirán algunas personas que suprimen el virus de forma natural y no reciben tratamiento.

*Nota:* Los países que usan datos de la encuesta aún deben informar sobre el número de personas en tratamiento con pruebas de carga viral de rutina durante el período del informe.

*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.

## 3. Indicadores del indicador de alerta temprana sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH

*Numerador.* La proporción de las personas que informaron haber suprimido sus cargas virales en la encuesta se debe multiplicar por el número total de personas que reciben tratamiento antirretroviral a nivel nacional; esto proporcionará la cantidad total de personas que tienen una carga viral suprimida. O se pueden usar los datos de cohortes de 12 o 48 meses

*Nota:* Los países que usan datos de encuestas aún deben informar sobre el número de personas en tratamiento con pruebas de carga viral de rutina durante el período del informe.

*Denominador.* Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse documentación sobre el método de estimación y sus límites de incertidumbre.

---

### Frecuencia de medición

Aualmente

---

### Desagregación

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

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 niveles individuales y programáticos. Además de este indicador, los países que recopilan datos sobre la retención y la supresión viral a los 12 meses entre las cohortes pueden encontrar útil triangular estas diferentes medidas para describir el impacto de la terapia antirretroviral efectiva.

A pesar de la importancia del indicador, pueden surgir varios desafíos al monitorearlo con precisión utilizando los datos del programa actualmente disponibles. En primer lugar, debido a que la capacidad de monitoreo de la carga viral se está ampliando pero sigue siendo limitada en entornos de bajos ingresos, las estimaciones de la supresión de la carga viral pueden ser no representativas de la población no evaluada cuando se mide a través de datos del programa. Este es especialmente el caso si la proporción de personas que inician recientemente el tratamiento es alta o si el aumento de las pruebas está sesgado en sitios de mayor o menor rendimiento. Al asumir que los niveles de supresión de la carga viral son los mismos en la población analizada y no probada, o si los sitios de mayor capacidad tienen acceso a las pruebas, se puede exagerar el avance hacia los objetivos 90-90-90.

Un segundo desafío que surge de los datos del programa actualmente disponible es que la prueba de carga viral puede realizarse selectivamente para determinar cuándo iniciar el tratamiento o identificar posibles fallas de tratamiento. Los datos informados de las pruebas de carga viral de personas con sospecha de fracaso del tratamiento subestimarán los niveles de supresión de carga viral. ONUSIDA recomienda que los países revisen de cerca los datos informados para excluir las pruebas no rutinarias.

Un tercer desafío cuando se usan datos de programas de rutina es que los datos de pruebas de carga viral solo se informan para el subconjunto de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esto puede subestimar la supresión general del nivel de la población, ya que las personas que suprimen el virus de forma natural no se incluirán en el numerador. ONUSIDA está examinando la evidencia disponible de cohortes y encuestas de población para cuantificar y ajustar mejor este valor final al informar sobre el progreso global y regional hacia el Indicador 1.4.

---

### 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

Porcentaje 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

1. Número de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <200 células/mm<sup>3</sup>.
2. Número de personas <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

- 0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos

---

### Explicación del numerador

Las personas que viven con VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 era inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> y las personas que viven con VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 era inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> en el periodo del informe. Informar sobre el número de personas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 350 células/mm<sup>3</sup> también debe incluir aquellas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 200 células/mm<sup>3</sup>.

---

### 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)
- 

### 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.

---

### 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 materno-infantil, 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 sobrestimaría 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 durante los últimos 12 meses y recibió medicamentos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH. 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 deben informar el número de mujeres que solo recibieron una dosis única de nevirapina.

---

### 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 debe desglosarse por los seis regímenes generales que se describen a continuación.

---

### 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 materno-infantil del VIH. Cada mujer solo debe contar una vez en una de las seis celdas:

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
Las dos primeras opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretroviral durante toda la vida (lo que incluye la Opción B+)	Un régimen basado en tres medicamentos que se propone ofrecer terapia antirretroviral para toda la vida: <ol style="list-style-type: none"><li>1. 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>2. 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>	Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ TDF + 3TC + EFV.</li><li>▪ TDF + 3TC + DTG.</li></ul>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso.</li><li>2. Mujeres que ya recibían el tratamiento antes de su embarazo</li></ol>	Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión materno-infantil 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).	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ TDF + 3TC + DTG.</li><li>▪ TDF + 3TC + EFV</li><li>▪ AZT + 3TC + EFV</li><li>▪ AZT + 3TC + LPV/r</li></ul>
3. Profilaxis farmacológica antiretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto)	Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión materno-infantil 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).	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ TDF + 3TC + DTG.</li><li>▪ TDF + 3TC + EFV</li><li>▪ AZT + 3TC + EFV</li><li>▪ AZT + 3TC + LPV/r</li></ul>
4. AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)	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>Si una mujer recibe un régimen de medicación 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>▪ 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>
5. Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto	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>Si una mujer recibe un régimen de medicación antirretroviral por primera 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>▪ 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

**Global AIDS Monitoring**

**Spectrum**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso.   | Opción B+: terapia antirretroviral iniciada durante el embarazo actual (esto se divide entre las mujeres que iniciaron ARV menos de cuatro semanas antes del parto y las mujeres que comenzaron más de cuatro semanas antes del 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 maternal iniciada en fases tardías del embarazo)                              | AZT materna de acuerdo con las directrices de la OMS 2006.<br>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 rastrear e informar el número de mujeres que reciben los diversos regímenes de tratamiento para que el impacto de los medicamentos antirretrovirales en la transmisión del VIH maternoinfantil se pueda modelar en función de su eficacia. Si los países no tienen un sistema para recopilar e informar estos datos, deberían establecer uno. Se deben hacer esfuerzos para eliminar a las mujeres capturadas dos veces en los sistemas de información. Un determinante crítico de la efectividad de los regímenes de transmisión maternoinfantil es si las mujeres han suprimido las cargas virales cuando sus hijos son concebidos. Por lo tanto, es esencial que los registros de PTMI se desglosen por si una mujer ya estaba recibiendo tratamiento antirretroviral cuando llegó para recibir atención prenatal.

---

**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 reagina 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>).

---

## 2.6 Porcentaje de embarazadas que se sometió a la prueba del VIH y conoce los resultados

Porcentaje de embarazadas que se sometió a la prueba del VIH y conoce los resultados

---

### Qué mide

Este indicador mide el porcentaje de embarazadas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibió los resultados de la prueba del VIH.

La transmisión materno-infantil (TMI) de la infección por el VIH puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto o durante la lactancia. El riesgo de TMI puede reducirse mediante una serie de intervenciones, entre ellas, administración de profilaxis antirretrovírica a las mujeres durante el embarazo y el trabajo de parto y al lactante en las primeras semanas de vida; intervenciones obstétricas, incluido el parto por cesárea; y la alimentación del lactante evitando por completo la lactancia materna.

La recepción de servicios de asesoramiento y pruebas del VIH en la etapa más temprana posible del embarazo permite a las mujeres embarazadas VIH-positivas beneficiarse con los servicios para el VIH y acceder a intervenciones para reducir la posibilidad de transmitir el virus a sus bebés.

---

### Numerador

Número de mujeres atendido en servicios de atención prenatal, trabajo de parto y parto, y posparto que se sometió a una prueba del VIH y conoce sus resultados, más las mujeres con infección conocida por el VIH que acuden a APR por un nuevo embarazo en los últimos 12 meses.

---

### Denominador

Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.

---

### Cálculo

Numerador/Denominador

---

### Método de medición

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

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

*Denominador basado en las clínicas:* reportes de programas; por ejemplo, registros de atención prenatal, trabajo de parto y parto.

---

### Frecuencia de medición

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

---

### Desagregación

Estatus de VIH / resultados de pruebas:

- Estatus VIH positivo al llegar a la clínica
- Resultado VIH positivo en la clínica prenatal durante el embarazo actual
- Resultado VIH negativo en la clínica prenatal durante el embarazo actual
- Ciudades u otras áreas administrativas de importancia

Opcional:

- Embarazadas que usan drogas inyectables

---

### Información adicional solicitada

Observar las tendencias a lo largo del tiempo. Si los datos desagregados están disponibles por región, observar si pueden identificarse áreas donde haya menos rendimiento. Revisar si hay datos disponibles sobre % de pacientes atendidas en clínicas prenatales que conocen su estatus de VIH, incluyendo aquellas que ya tenían un estatus de VIH confirmado y aquellas que fueron testeadas, y % de pacientes atendidas en trabajo de parto o parto que conocen su estatus.

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 permite a los países vigilar las tendencias en las pruebas del VIH entre mujeres embarazadas y mujeres que reciben servicios de posparto y que podrían necesitar fármacos ARV para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.

Este indicador representa una buena medida de la eficacia con que se prestan los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH a las embarazadas y mujeres que reciben servicios de posparto. Sin embargo, no refleja los momentos en que ocurren las deserciones durante el proceso de asesoramiento y pruebas; los motivos por los que se producen las deserciones; el número de mujeres que recibió asesoramiento previo a la prueba; ni la calidad de los servicios de asesoramiento y pruebas.

---

### Información adicional

Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis (WHO 2014)  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1)

### 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: (Numerador x 1.000)/denominador

---

#### Método de medición

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

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

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

Nota: los sistemas de vigilancia basada en casos que capturan nuevas personas que contraen el VIH no deberán utilizarse como fuente directa para la estimación del número de personas que contraen el VIH en el periodo del que se informa. Por causa de demoras en procesos de información o por situaciones de subdiagnóstico, esos nuevos casos podrían no reflejar 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 y criterios de inclusión utilizados en el estudio / encuesta, según corresponda.
- 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 ONUSIDA; 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 dificultoso 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)
- **A-E:** 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 "sobrerinterpretación" 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 Pruebas de VIH entre poblaciones clave (A-D)

Porcentaje de personas de una población clave que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses o que saben que viven con el VIH

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Pruebas de HIV entre trabajadores del sexo.
- B. Pruebas de HIV entre hombres que tienen sexo con hombres
- C. Pruebas de VIH entre personas que usan drogas inyectables
- D. Pruebas de VIH entre personas transgénero

---

#### Qué mide

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

---

#### Justificación

Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban la atención y los tratamientos que necesitan para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de que transmitan el VIH requiere que esas personas conozcan su estado serológico. En muchos países, dirigir las pruebas y las actuaciones de asesoramiento 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

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

o

El encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo (la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativa").

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

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

---

#### Denominador

Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta 1 abajo

---

#### Cálculo

Numerador/denominador

---

#### Método de medición

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

Anualmente

---

### Desagregación

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

Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV.

---

### 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)

A-E: 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

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

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

---

#### Numerador

Número de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o 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)
- 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 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 incluídas en el subgrupo de población estudiado tengan parejas de ambos sexos (incluídas 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–D)

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 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

Anualmente

---



---

### 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%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

Anualmente

---

#### 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 periodo 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 PrEP

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 durante el periodo del que se informa

---

#### 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

- Personas que reciben PrEP por primera vez dentro del año natural
- 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 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 Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, países con alta prevalencia de VIH, bajos niveles Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, de

circuncisión masculina y epidemia heterosexual Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia generalizada: Botswana, Etiopía, República y Zimbabwe. Centroafricana

### 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 UNUSIDA; 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 de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación (A–D)

Evitación de los servicios de salud por parte de grupos de población clave por causa del estigma y la discriminación

Este indicador se divide en cuatro subindicadores:

- A. Evitación de los servicios de salud por parte de los profesional del sexo por causa del estigma y la discriminación
- B. Evitación de los servicios de salud por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por causa del estigma y la discriminación
- C. Evitación de los servicios de salud por parte de las personas que usan drogas inyectables por causa del estigma y la discriminación
- D. Evitación de los servicios de salud por parte de las personas transgénero por causa del estigma y la discriminación

---

### Qué mide

Avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias en servicios de salud

---

### Justificación

La discriminación es una 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. En el contexto del VIH, discriminación se refiere al trato injusto que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos, y como consecuencia 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 es importante para proporcionar una medida de la proporción de miembros de poblaciones clave que han evitado acceder a los servicios generales de atención de la salud, las pruebas del VIH, la atención médica del VIH y el tratamiento del VIH debido al temor al estigma y la discriminación. Las razones relacionadas para evitar tales servicios pueden incluir (pero no se limitan a) lo siguiente: falta (o falta de percepción) de confidencialidad dentro de los entornos de atención de la salud; actitudes y conductas negativas entre los proveedores de servicios de salud; y temores de revelar o insinuar comportamientos individuales y preferencia / orientación sexual.

Los datos relacionados con la prevención de los servicios de salud son importantes para medir la proporción de poblaciones clave que no satisfacen sus necesidades básicas de atención de la salud (como los chequeos médicos de rutina) y, por lo tanto, es menos probable que asistan a las instituciones de salud para servicios y cuidados más especializados (como pruebas de VIH, tratamiento y atención médica).

Los datos relacionados a la prevención de los servicios de pruebas del VIH son importantes para abordar las barreras a los comportamientos de búsqueda de salud, especialmente cuando los centros de atención de la salud están disponibles y son accesibles.

Este indicador es importante para comprender y abordar las barreras para alcanzar los objetivos 90-90-90 entre los miembros de las poblaciones clave. Los datos de este indicador miden directamente el miedo al estigma o la discriminación. Este indicador podría ofrecer una mejor comprensión y mejorar las intervenciones para la reducción del estigma y la discriminación de las siguientes formas: (1) mostrando cambios a lo largo del tiempo en el porcentaje de personas que perciben o sufren el estigma asociado al VIH, (2) permitiendo comparaciones entre administraciones nacionales, provinciales o estatales, y de tipo local, y (3) poniendo de relieve áreas de actuación.

Este indicador tiene como objetivo capturar la evitación de servicios de salud en los siguientes cuatro escenarios:

1. Evitación de servicios de salud entre todos los encuestados.
2. Evitación de pruebas de VIH entre los encuestados que reportaron no haber tenido una prueba de VIH en los últimos 12 meses.
3. Evitación de servicios de salud específicos para VIH entre los encuestados que indicaron vivir con VIH y que no han recibido o interrumpieron cuidados relacionados al VIH.
4. Evitación de tratamiento para VIH entre los encuestados que indicaron vivir con VIH y que nunca han tenido tratamiento antirretroviral o lo interrumpieron.

---

### 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 en los últimos 12 meses?

1. Por tener miedo o estar preocupado/a debido al estigma.
2. Por tener miedo o preocupación de que alguien sepa que yo soy o hago (insertar comportamiento).
3. Miedo o preocupación relacionada con la violencia o con violencia ya experimentada.
4. 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)
  - **A-D:** 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) , consultado el 21 de noviembre de 2017).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington (DC) y Londres: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine, STRIVE; 2012 ([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) ([www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464)).

Enfrentando la discriminación: Superando el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en servicios de salud y más allá. Ginebra: ONUSIDA; 2017

([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf), consultado el 21 de noviembre de 2017).

---

## 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, 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)).

---

## 4.4 Experiencia de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud

Porcentaje de personas que viven con VIH que informan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud

---

### Qué mide

Progreso en la reducción de la discriminación relacionada con el VIH experimentada por las personas que viven con el VIH cuando buscan servicios de salud.

---

### Justificación

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales de derechos humanos y la mayoría de las constituciones nacionales. En el contexto del VIH, la discriminación se refiere al trato injusto o injusto de un individuo (ya sea a través de acciones o por falta de acción) en función de su estado de VIH real o percibido. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos y sus derechos, lo que alimenta la epidemia del VIH.

El estigma es la atribución de características indeseables a un individuo o grupo que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. A menudo conduce experiencias de discriminación.

El sector de la salud es uno de los principales entornos en los que las personas que viven con VIH y las que se percibe que viven con el VIH experimentan discriminación. Este indicador mide directamente la discriminación que sufren las personas que viven con VIH cuando buscan servicios de salud.

Este indicador compuesto puede monitorearse como una forma de medir la prevalencia de la discriminación relacionada con el VIH que experimentan las personas que viven con VIH en el sector de la salud. Este indicador podría proporcionar una mayor comprensión de los resultados de salud relacionados con el VIH y mejorar las intervenciones para reducir y mitigar el estigma y la discriminación relacionados con los VIH experimentados a lo largo del tratamiento y la cascada de atención mediante (a) el cambio en el tiempo del porcentaje de personas que viven con VIH y que experimentan discriminación en entornos de atención de salud y (b) la identificación de áreas de acción prioritarias.

---

### Numerador

Número de encuestados que responden afirmativamente ("Sí") al menos a uno de los siete elementos por pregunta<sup>11</sup>

---

### Denominador

Número de personas encuestadas

---

### Cálculo

Numerador/denominador

---

### Método de medición

Índice de estigma a personas que viven con VIH<sup>12</sup>

A los encuestados se les pregunta si experimentaron alguna de las siguientes formas de discriminación relacionadas con el VIH al buscar servicios de salud específicos de VIH y no relacionados con el VIH en los últimos 12 meses:

- Ser negado a recibir servicios de salud debido su estado de VIH.
- Ser aconsejado no tener relaciones sexuales debido a su estado de VIH.
- Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas debido al estado de VIH.
- Recibir abuso verbal debido a su estado del VIH.
- Recibir abuso físico debido a su estado del VIH.
- Evitar el contacto físico debido al estado del VIH.
- Compartir su estado del VIH sin consentimiento previo.

---

### Frecuencia de medición

Cada 2-3 años

---

11 El rango de edad mínima Actualmente capturado por la mayoría de las encuestas DHS es de 15-49 años de edad, pero este rango no es preceptivo.

12 El índice de estigma a personas que viven con VIH se puede encontrar en <http://www.stigmaindex.org/>.

---

### Desagregación

Se requieren respuestas para cada pregunta, al igual que la respuesta consolidada para el indicador compuesto. El indicador compuesto se puede desglosar de la siguiente manera:

- Tipo de servicio de salud (VIH, o no relacionado al VIH).
  - Género (masculino, femenino o transgénero).
  - Población clave (identificación con al menos uno de los grupos de población clave).
  - Grupo de edad (15-19 años, 20-24 años o 25-49 años).
  - Tiempo de vida con VIH (0-1 años, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años o más de 15 años).
- 

### Explicación de los elementos individuales

El indicador propuesto combina 14 elementos que capturan la discriminación experimentada por las personas que viven con el VIH cuando buscan servicios de atención de VIH (siete elementos) y atención no relacionada con el VIH (siete elementos adicionales). Durante el proceso de consulta de 2016 para actualizar la encuesta del Índice de estigma hacia las personas que viven con el VIH, destacaron la importancia de medir por separado la discriminación experimentada al buscar específicamente atención para el VIH y la experimentada en servicios de salud en general. En respuesta, la nueva versión de la encuesta pregunta sobre ambos escenarios (mientras que la encuesta original solo preguntaba sobre el estigma experimentado cuando se buscan servicios de salud en general). Al completar el reporte de este indicador con los datos de las encuestas del Índice de estigma hacia personas que viven con el VIH realizadas antes de 2017, no será posible desglosar por el tipo de servicio de salud que se busca.

---

### Fortalezas y debilidades

Este indicador mide directamente las experiencias de discriminación entre las personas que viven con el VIH que buscaron servicios de salud.

Las preguntas recomendadas evalúan si se han experimentado formas específicas de discriminación en servicios de salud. La experiencia de discriminación puede depender de si el proveedor de los servicios de salud conoce el estado de VIH de la persona o no. Teniendo esto en cuenta, la divulgación del estado del VIH al proveedor de servicios de salud debe recopilarse siempre que sea posible para ayudar a interpretar el indicador.

Además, las personas que buscan servicios de VIH en clínicas especializadas en VIH pueden reportar menos experiencias de discriminación que las personas que buscan servicios de VIH integradas dentro de los servicios generales de atención médica. Por lo tanto, se recomienda capturar el tipo de clínica cuando sea posible. También sería aconsejable comparar los hallazgos de este indicador con los Indicadores 4.1 (Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH) y 4.2 (Evitación de servicios de salud entre las poblaciones clave) para tener un entendimiento más amplio del ambiente de estigma y la discriminación que puede ocasionar un contexto dado.

Los hallazgos de este indicador también deben analizarse junto con las respuestas del INPC en los programas para abordar el estigma y la discriminación en los servicios médicos y su dimensión, así como programas para capacitar a los proveedores de atención médica sobre los derechos humanos y la ética médica.

---

### Información adicional

El indicador mide la discriminación relacionada con el VIH experimentada en entornos de servicios de salud. El VIH a menudo se asocia con una variedad de conductas que se consideran desviadas socialmente o inmorales, como el uso de drogas inyectables y la promiscuidad sexual. Debido a estas creencias sociales subyacentes, las personas que viven con el VIH a menudo se consideran vergonzosas y se cree que son responsables de haber contraído el VIH. Este proceso de vergüenza tiene repercusiones que van más allá del individuo, ya que reduce en gran medida los incentivos para hacerse la prueba del VIH o, en caso de que el resultado sea positivo, para divulgar el estado del VIH a las parejas sexuales o a los miembros de la familia.

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ et al. Estigma en la epidemia de VIH / SIDA: una revisión de la literatura y recomendaciones sobre el camino a seguir. *Sida*. 2008;22(Suppl 2):S67-79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Lucha contra el estigma del VIH en los entornos de atención médica: ¿Qué sí funciona? *International AIDS Society*. 2009;12(1):15.

Enfrentando la discriminación: superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los servicios de salud y más allá. *Ginbra: ONUSIDA*; 2017 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf), consultado 21 noviembre 2017).

---

## 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

Creer 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=RceOuljJwKY&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 19.100 millones de USD en países con ingresos medios y bajos a la conclusión del año 2016. 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.

La portada de la matriz de financiación se ha ampliado para capturar información sobre los presupuestos y los ejercicios de seguimiento de recursos realizados en el país.

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 (maternoinfantil) 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.

---

#### Numerador

No aplicable

---

#### Denominador

No aplicable

---

#### Tipo de datos

Divisas y valores monetarios; valores monetarios y volúmenes de ARV y productos en general adquiridos y distribuidos.

---

#### 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 posteriores en las respectivas directrices y manuales que se enumeran al final de esta sección.

La cuantificación se limita a gastos nacionales, volúmenes de medicamentos antirretrovirales adquiridos y distribuidos, desagregados por 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)
- Sistemas de información de gestión logística (SIAL) y sistemas de gestión de la cadena de suministro para la obtención de información sobre productos.

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.
  - Las fuentes, los precios unitarios y los volúmenes deben informarse por fuente de financiación en la tabla respectiva.
- 

### 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
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. Precios unitarios y volúmenes de productos adquiridos / distribuidos.
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 tartan 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/knowyourresponse/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 2016 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 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 ([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 Personas que viven con VIH y tuberculosis 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 recién inscritas en servicios de VIH: es decir, que se inscribieron para terapia pre-antirretroviral o terapia antirretroviral durante el periodo de notificación.

---

### 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

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

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 Personas que viven con VIH que comenzaron terapia preventiva para TB

Número de personas que iniciaron tratamiento para infección latente de TB, expresado como un porcentaje del número total de personas recién inscritas a servicios de atención del VIH durante el período informado.

---

#### Qué mide

La medida en que las personas que viven con el VIH que se inscriben 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. Si los datos sobre las personas recién inscritas a servicios de atención del VIH no están disponibles, ingrese los datos de quienes comienzan el tratamiento de infección latente de TB entre todas las personas que viven con VIH que actualmente están inscritas a atención del VIH.

---

#### Denominador

Número total de personas que son registradas por primera vez para recibir atención para el VIH: es decir, registradas para pre-TAR o TAR durante el periodo del que se informa.

Si los datos sobre las personas recién inscritas a servicios de atención del VIH no están disponibles, ingrese los datos de quienes comienzan el tratamiento de infección latente de TB entre todas las personas que viven con VIH que actualmente están inscritas en servicios de atención del VIH.

---

#### 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

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

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 Personas coinfectadas con VIH y VHB que reciben terapia combinada

Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHB que reciben terapia combinada

---

### Qué mide

Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHB que reciben terapia combinada

---

### 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

Anualmente

---

### 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

Anualmente

---

### 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 Personas coinfectadas con VIH y VHC que inician tratamiento

Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHC que inician tratamiento

---

### Qué mide

Proporción de personas coinfectadas con VIH y VHC que inician tratamiento

---

### 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

Anualmente

---

### 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 (entre 30 - 49 años) 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 (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

Datos programáticos: si no cuenta con el número de mujeres que viven con el VIH (de 30 a 49 años) que alguna vez se sometieron a exámenes de detección del cáncer de cuello uterino, también puede proporcionar el número de mujeres que dieron positivo (de 30-49 años) que fueron examinados para detectar cáncer de cuello uterino.

---

### 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 ICPN interino de 2018

## Introducción

El monitoreo de políticas ha sido un componente de los informes mundiales sobre el SIDA desde 2003 y se ha implementado cada dos años, más recientemente en 2017 a través del ICPN. El ICPN es un componente integral de GAM que propone cuantificar los avances en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y legislación relativas a la respuesta frente al Sida, mediante las siguientes actividades:

- 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 supervisan de forma directa u ofrecen 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.

Durante los años intermedios, se debe completar y presentar un ICPN interino como parte de los informes de GAM. El ICPN interino incluye un subconjunto de preguntas de la Parte A del ICPN relacionadas con los elementos de política que pueden cambiar con mayor frecuencia.

Un nuevo cuestionario de ICPN y el proceso propuesto para su finalización se integraron en los informes de GAM por primera vez en 2017 después

de una extensa revisión consultiva. La redacción de algunas de las preguntas se ha perfeccionado para informes provisionales en 2018 sobre la base de la experiencia de los informes de 2017.

### **Estructura del cuestionario**

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. Para los años de reportes provisionales, solo un conjunto de preguntas de la Parte A está incluido en el reporte ICPN interino.

Las preguntas del ICPN interino 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>13</sup>

### **Pasos propuestos para la recopilación y validación de datos**

1. Establecer un grupo de trabajo para acompañar el proceso de presentación de informes. Puede ser un grupo técnico de trabajo multisectorial ya establecido de seguimiento y evaluación.
2. Identificar una persona que coordine la conclusión del cuestionario.
3. Los grupos de trabajo llevan a cabo un ejercicio de identificación de partes interesadas para seleccionar de forma sistemática personas que puedan contribuir.

Este ejercicio de identificación puede servir para garantizar que puedan recopilarse los datos más actualizados y precisos a través del cuestionario

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 un 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 cuestionario puede obtenerse de los integrantes de grupos de trabajo y mediante contactos con otras personas conocedoras 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.
- 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.

<sup>13</sup> Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 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), accessed 21 November 2017).

- 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 del reporte.

4. Recopilar respuestas para las preguntas: 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 del informe, 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 que 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 la temática específica. Si hubiese respuestas discordantes, el coordinador del informe compartirá un resumen de la información indicando tales diferencias y será responsable de 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.

La versión en PDF del cuestionario está disponible en el sitio web del ONUSIDA y también puede descargarse a través del encabezado del ICPN interino 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 cuestionario con sus respuestas puede compartirse con las 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 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 policy questionnaire to PDF" que se incluye en la página con la lista de indicadores.

7. Realizar una consulta de validación:
  - Para revisar respuestas a preguntas determinadas.
    - Para analizar los datos del cuestionario conjuntamente con los datos sobre indicadores, identificar avances, deficiencias, obstáculos y elementos facilitadores para la respuesta frente al Sida.

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 cuestionario 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 cuestionario con los demás componentes de la Vigilancia Mundial del Sida en o antes del día 29 de marzo de 2018.
10. Este proceso que se sugiere tiene como propósito integrar comprobaciones sobre la coherencia para los datos del cuestionario recopilados durante todo el procedimiento y propiciar un análisis de la información que sea lo más objetivo posible.

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.

### **Cargando datos de política previamente informados a través de GAM**

Las preguntas incluidas en el ICPN interino de 2018 son un subconjunto de preguntas incluidas en el ICPN de 2017. Los países que enviaron respuestas a estas preguntas a través del ICPN 2017 pueden optar por cargar esas respuestas en el ICPN interino en la herramienta de informe en línea de GAM. Las respuestas pueden actualizarse o reenviarse cuando no haya habido cambios.

### **Puesta en marcha y uso de los datos**

Los datos que se recopilen a través del cuestionario 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 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 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 GAM y para perfilar las estrategias e informes mundiales. Las respuestas de cada país para las preguntas se agregarán para generar valores regionales y mundiales. Los datos por países estarán también disponibles a través de AIDSInfo.



# ICPN interino

## Abbreviations and acronyms

<b>3TC</b>	lamivudine
<b>ABC</b>	abacavir
<b>ATV/r</b>	atazanavir with a ritonavir boost
<b>AZT</b>	zidovudine
<b>d4T</b>	stavudine
<b>DTG</b>	dolutegravir
<b>EFV</b>	efavirenz
<b>FTC</b>	emtricitabine
<b>LGBTI</b>	lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex
<b>LPV/r</b>	lopinavir with a ritonavir boost
<b>NGO</b>	nongovernmental organization
<b>NNRTI</b>	non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor
<b>NRTI</b>	nucleoside reverse-transcriptase inhibitor
<b>PCR</b>	polymerase chain reaction
<b>PrEP</b>	pre-exposure prophylaxis
<b>RPR</b>	rapid plasma reagin
<b>TDF</b>	tenofovir disoproxil fumarate
<b>TPHA</b>	<i>Treponema pallidum</i> haemagglutination assay
<b>TPPA</b>	<i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay
<b>TRIPS</b>	
<b>Agreement</b>	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory
<b>WHO</b>	World Health Organization

## 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**

- 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, especifíquese 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 punto  
 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?:

- Sí, se ha completado
- En curso
- No
- Otras opciones: por favor, comentar: \_\_\_\_\_

---

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
- $\leq 500$  células/mm<sup>3</sup>
- $\leq 350$  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 una política nacional que promueve la entrega comunitaria de terapia antirretroviral (como instalaciones de salud externas)?

- Sí
- No

10.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique qué enfoques se siguen para la entrega comunitaria de terapias antirretrovirales \_\_\_\_\_

---

11. ¿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

11.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada?

- Nacionalmente
  - Regionalmente
  - En centros piloto
  - Otro (especificar) \_\_\_\_\_
-

---

12. ¿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

12.1 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

---

13. ¿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

14. ¿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 \_\_\_\_\_

---

15. ¿Se usa dolutegravir (DTG) como régimen de tratamiento antirretroviral de primera línea en su país?

- Sí, la introducción de DTG en las guías nacionales está planeada para 2018  
 Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacional, pero las adquisiciones no se han iniciado  
 Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacionales y su adquisición ha iniciado  
 No.

---

16. ¿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 \_\_\_\_\_
-

---

17. ¿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 \_\_\_\_\_
- 

### Carga viral

---

18. ¿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

18.1 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 \_\_\_\_\_
- 

19. ¿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) \_\_\_\_\_

19.1 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. \_\_\_\_\_%

---

20. Excluyendo enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿realiza su país esfuerzos sistemáticos continuados para monitorear en el país la toxicidad de medicamentos antirretrovirales?

- Sí  
 No

20.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfoques se utilizan? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Control de toxicidad como parte del sistema nacional de vigilancia  
 Vigilancia activa dentro de cohortes  
 Registro de embarazos y vigilancia de defectos de Nacimiento
- 

21. ¿Se han adoptado enfoques de vigilancia de toxicidad para controlar las reacciones adversas al uso de dolutegravir?

- Sí  
 No

21.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfoques son usados? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Control de toxicidad como parte del sistema nacional de vigilancia  
 Vigilancia activa de toxicidad en sitios centinela  
 Registro de embarazos y vigilancia de defectos de Nacimiento
-

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

---

22. ¿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 \_\_\_\_\_

22.1 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

23. ¿Cuántas instalaciones sanitarias de su país están proveyendo servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) en el país? \_\_\_\_\_

23.1 ¿Cuántas instalaciones sanitarias que proveen servicios PTMI tienen en vigor mecanismos de rendición de cuentas comunitaria\*? \_\_\_\_\_

24. ¿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

25. ¿Ha tenido lugar alguna reunión a nivel nacional para revisar los avances en PTMI en los últimos doce meses?

- Sí
- No

25.1 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
- 

<sup>14</sup> En los países donde no se recomienda la lactancia materna para las mujeres que viven con el VIH, haga clic en esta respuesta si solo se aplica a mujeres embarazadas.

---

d) ¿Esos análisis provistos por las comunidades y la sociedad civil se documentó y difundió tras esa reunión?

- Sí  
 No

e) ¿Las mujeres que viven con el VIH en su país participan \* en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias relacionadas con la PTMI?

- Sí  
 No
- 

#### Antiretrovirales para niños

---

26. ¿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) \_\_\_\_\_

26.1 ¿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 \_\_\_\_\_
-

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

---

#### Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

---

**27. ¿Se ha incluido la recomendación de OMS sobre el uso de PrEP oral en las guías nacionales de su país?**

- Sí, guías de PrEP han sido desarrolladas y están siendo implementadas
- Sí, guías de PrEP han sido desarrolladas, pero aún no han sido implementadas
- No, las guías no han sido desarrolladas

**27.1 Si la recomendación de OMS sobre el uso de PrEP oral no ha sido incluida en las guías nacionales, ¿se planea incluirla en el futuro?**

- Sí
- No

**27.1.a Si la respuesta es afirmativa, por favor indicar el año en el que la inclusión de la recomendación sobre PrEP está planeada:**

- No hay un año previsto para esa actuación
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- Otro: especificar: \_\_\_\_\_

**27.2 Si se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, especificar a qué poblaciones se proporciona PrEP según las pautas y criterios de elegibilidad:**

- Hombres gay y otros hombres que tienen sexo 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 trans-género  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Parejas serodiscordantes  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Mujeres jóvenes (15–24 años)  
Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Otro: especificar: \_\_\_\_\_
- Especificar los criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_

**27.3 Si se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, ¿se proporciona un programa de capacitación sobre PrEP al personal de atención médica?**

- Sí
  - No
-

---

**27.4 Si no se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, seleccionar todas las opciones que correspondan):**

- No se ha identificado un grupo con incidencia suficientemente alta para cumplir con las pautas de las guías de OMS
- No es una prioridad presupuestal
- Los medicamentos no están disponibles en el país
- La capacidad técnica para considerar la adopción de PrEP es limitada
- Otro: especificar: \_\_\_\_\_

---

**28. ¿El régimen de PrEP que contiene tenofovir ha recibido aprobación regulatoria en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)?**

- Sí, con el medicamento original
- Sí, con medicamentos genéricos
- No

---

**29. ¿PrEP está disponible a través de alguno de los siguientes medios en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)**

- Investigaciones (incluyendo estudios piloto y proyectos de demostración)
- Instalaciones públicas
- Proveedores privados
- Internet
- Instituciones educativas
- Otro: especificar: \_\_\_\_\_

---

**Preservativos**

---

**30. ¿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

---

**31. ¿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.

---

**Consentimiento parental y conyugal para el acceso a servicios**

---

**32. ¿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

**33. ¿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

**34. ¿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

**35. ¿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

**36. ¿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

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

---

**37. ¿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

**37.1 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

---

**38. ¿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

---

**39. ¿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

---

**40. ¿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
- 

**41. ¿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 domesticos
  - 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

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

---

### Estrategia nacional sobre VIH y monitoreo y evaluación

#### Estrategia

**42. ¿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 \_\_\_\_\_

**42.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha sido revisada en los dos últimos años esa estrategia o política sobre el sida?**

- Sí
- No

**42.2 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

**42.3 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

**42.4 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

**42.4a 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

### Health Information Systems

43. ¿Su país tiene un sistema de información de salud funcional que es electrónico, en papel, o ambos?

- Sí, electrónico
- Sí, en papel
- Sí, ambos
- No existe un sistema de información de salud

43.1 Si la respuesta es "Sí, ambos", ¿aproximadamente qué porcentaje de lo siguiente se captura actualmente en el sistema electrónico de información de salud?

- Centros de salud que prestan servicios de HIV: \_\_\_\_\_
- Centros nacionales especializados en tratamiento del VIH (es decir, todos los pacientes en tratamiento antirretroviral): \_\_\_\_\_

### Prevalencia rutinaria en centros de atención prenatal

44. ¿Su país utiliza datos de los asistentes a clínicas prenatales sobre el número de mujeres que obtienen un resultado positivo en una prueba de VIH y el número de mujeres que ya se sabe que son HIV positivas para comprender las tendencias en la prevalencia del VIH?

- Sí
- No

44.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido una revisión de la calidad de los datos en los últimos dos años para asegurar que son comparables a lo largo del tiempo?

- Sí
- No

44.2 Si las respuestas a 43 y 44 son afirmativas, ¿los datos son capturados en el sistema de información de salud (DHIS2 u otros)?

- Sí
- No

### Cascada de tratamiento

45. Si la respuesta a la pregunta 43 es "Sí", ¿los resultados de las pruebas de carga viral de los pacientes están disponibles rutinariamente en el sistema de información de salud?

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No

46. ¿Hay datos disponibles y analizados sobre la cascada de tratamiento en su país?

	Pruebas de VIH	Tratamiento	Carga viral
A nivel distrital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para poblaciones clave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

47. ¿Los datos sobre la cascada de tratamiento son incluidos rutinariamente en un sistema de información de salud (DHIS2 u otros) que incluye un tablero a nivel distrital?

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No

---

### Sistema de seguimiento de paciente

---

48. ¿El país ha actualizado los indicadores y herramientas del Sistema de seguimiento de pacientes usando la guía "2017 WHO person-centred HIV patient monitoring and case surveillance guidelines"?
- Sí, plenamente
  - Sí, parcialmente
  - No
  - No lo sé
- 

### Códigos de identificación únicos para pacientes

---

49. ¿Su país cuenta con un método para vincular la información de salud de los pacientes dentro y entre clínicas (como el uso de identificadores únicos) para los siguientes servicios?
- a) servicios de tratamiento
- Sí
  - No
- b) servicios de pruebas y tratamiento
- Sí
  - No
- c) servicios de prevención de VIH
- Sí
  - No
- d) servicios de laboratorio
- Sí
  - No
- 
50. Si la respuesta a la pregunta 49 es afirmativa
- a) ¿Los datos se vinculan utilizando un identificador nacional único, como un número de identificación nacional, número de asistencia sanitaria nacional, número de pasaporte o número de seguro social?
- Sí
  - No
- b) ¿Los datos se vinculan utilizando un identificador único específico para VIH?
- Sí
  - No
- c) ¿Los datos se vinculan utilizando una combinación de información personal recolectada rutinariamente, como los nombres, apellidos y fecha de nacimiento?
- Sí
  - No
- d) ¿Los datos se vinculan utilizando tecnología biométrica (huellas digitales, reconocimiento de ojo, etc.)?
- Sí
  - No
- e) Otros métodos: especificar: \_\_\_\_\_
-

---

## Reporte de casos

---

51. ¿Su país ordena que los diagnósticos de nuevos casos de VIH se notifiquen utilizando un formulario estándar para cada caso diagnosticado?
- Sí
- No
- 51.1 Si la respuesta a la pregunta 51 es afirmativa, ¿existe un formulario estándar de reporte de casos de VIH para reportar nuevos casos diagnosticados?
- Sí
- No
- 51.2 Si la respuesta a la pregunta 51 es afirmativa, ¿el país ordena que los siguientes eventos centinela sean registrados para actualizar el formulario de informe de caso?: número de casos diagnosticados, fecha y resultado del primer conteo de CD4, fecha de inicio de tratamiento antirretroviral, y fechas y resultados de los exámenes de carga viral
- Sí
- No
- 51.3 Si la respuesta a las preguntas 43 and 51 son afirmativas, ¿la vigilancia basada en casos está incluida en el sistema de información de salud?
- Sí
- No
- 

## Mortalidad

---

52. ¿Su país ordena que todas las muertes se registren utilizando un formulario estándar de reporte de defunción que incluye la causa de muerte?
- Sí
- No
- 52.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tan completo es el informe de fallecimiento en el registro civil y el sistema de estadísticas vitales?
- <25% completo
- 25–50% completo
- 51–75% completo
- >75% completo
- 52.2 Si las respuestas a las preguntas 51 y 52 son afirmativas, ¿Pueden vincularse los datos individuales sobre los casos de muerte al sistema nacional de registro de casos de VIH del país?
- a) vinculado al sistema nacional de registro de casos de VIH
- Sí
- No
- b) reportados directamente al sistema nacional de registro de casos de VIH
- Sí
- No
-

# 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. Ending AIDS—Progress towards the 90–90–90 targets. Ginebra: UNAIDS; 2017 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf)).
14. 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)).
15. 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)).
16. 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>).
17. 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>).
18. The state of the world's children 2016. Nueva York: UNICEF; 2016 (<https://www.unicef.org/sowc2016>).
19. 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-VkX01FX3N5c3RlbnMucGRml1d&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 maternoinfantil 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 posteriores 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 (de acuerdo con las directrices de Medición del Gasto Nacional relativo al Sida)</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</b></p> <p><b>Tratamiento, atención y apoyo (subtotal)</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>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>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>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</p>	<p>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>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>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>2.01.02. Profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas, o 2.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas</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>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>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>Gasto en terapias antirretrovirales (para adultos y población pediátrica)</p>	<p>1.3</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>1.4</p>	<p>Gasto en vigilancia de laboratorio específica sobre el VIH (recuentos de células CD4, medición de carga vírica)</p>	<p>1.4</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>1.5</p>	<p>Cuidados paliativos</p>	<p>1.5</p> <p>Cuidados paliativos</p>
<p>1.6</p>	<p>Apoyo y retención</p>	<p>1.6</p> <p>Apoyo y retención</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 (subtota)</b></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>2.1</p>	<p><b>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</b></p> <p>Gasto sobre prevención de la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH</p>	<p><b>1.17. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (PTMI)</b></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>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>1.17. 02. Profilaxis antirretroviral para mujeres embarazadas y neonatos VIH-positivos</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>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>1.17. 03. Prácticas seguras de alimentación infantil (incluida sustitución de la leche materna)</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. 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>3</b>      <b>Prevención (subtotal)</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>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>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>3.1</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>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>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>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>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>3.3</p> <p>Profílix previa a la exposición (PPrE) desagregada según grupos de población clave (subtotal)</p>	<p>No aplicable</p>	<p>Profílix previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p>	<p>No aplicable</p>
<p>3.3.1. PPrE para hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p>	<p>Profílix previa a la exposición (PPrE) estratificada según grupos de población clave</p>	<p>Nota: Si fuese pertinente, el gasto sobre PPrE para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha de recogerse en esta categoría, a la vez que se excluye de programas de prevención relacionados para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, para evitar la doble contabilización</p>	<p>No aplicable</p>
<p>3.3.2. PPrE para trabajadores sexuales</p>	<p>Profílix 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>No aplicable</p>
<p>3.3.3. PPrE para personas que usan drogas inyectables</p>	<p>Profílix 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>No aplicable</p>
<p>3.3.4. PPrE para personas transgénero</p>	<p>Profílix 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>No aplicable</p>
<p>3.3.5. PPrE para población reclusa</p>	<p>Profílix 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>No aplicable</p>

	No aplicable	
<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>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>No aplicable</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>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>Prevenición, 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>Prevenición, 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>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>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>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>	<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>



3.8	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para las personas transgénero	Prevención 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
3.9	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para los presos	Prevención 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
3.10	Prevención, promoción de las pruebas y vinculación a programas de atención para mujeres jóvenes y chicas adolescentes (países con alta prevalencia del VIH)	Prevención entre grupos de población clave	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. Prevención - jóvenes en las escuelas 1.06. Prevención - jóvenes fuera de las escuelas
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 Prevención 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		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	Profiliaxis posterior a la exposición (PPoE)		1.22. Profiliaxis 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)</p> <p>1.19. Seguridad hematológica</p> <p>1.20. Inyecciones médicas seguras</p> <p>1.21. Precauciones universales</p> <p>2.01.06. Programas dentales para personas que viven con el VIH</p> <p>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</b> <b>Programas de género</b></p> <p><b>7.04. Programas específicos sobre sida centrados en las mujeres</b></p> <p><b>7.05. Programas para reducir la violencia de género</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>5</b> <b>Programas para niños y adolescentes</b></p> <p><b>1.05. Prevención - jóvenes en las escuelas</b></p> <p><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>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><b>6</b> <b>Protección social</b></p> <p><b>3. Huérfanos y niños vulnerables, incluidas todas las subcategorías</b></p> <p><b>6. Protección social y servicios sociales, incluidas todas las subcategorías</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> <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> <b>Gobernanza y sostenibilidad (subtotal)</b></p> <p><b>No aplicable</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	
8.5	Formación	5.03. Formación 5.02. Educación formativa para la creación de un grupo de profesionales para el VIH	
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>No aplicable</b>	
		<b>No aplicable</b>	
		<b>No aplicable</b>	
9	<b>Facilitadores esenciales (subtotal)</b>		
9.1	Diálogo sobre políticas	7.01. Promoción	Gasto en facilitadores sociales
9.2	Programas clave sobre derechos humanos	7.02. Programas sobre derechos humanos	Gasto en facilitadores sociales
9.3	Desarrollo institucional específico sobre el sida	7.03. Desarrollo institucional específico sobre el sida	Gasto en facilitadores sociales

**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

<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	<b>10</b>	<b>Coinfección por tuberculosis, diagnóstico y tratamiento (subtotal)</b>	<b>Gasto relativo a TB/VIH</b>	<b>No aplicable</b>	<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>
10.1	Detección y diagnóstico de TB para las personas que viven con el VIH			Gasto relativo a TB/VIH	No aplicable	
10.2	Prevención y tratamiento de TB para las personas que viven con el VIH			Gasto relativo a TB/VIH	No aplicable	
<b>No aplicable</b>	<b>Otros programas esenciales fuera del marco de trabajo que se sugiere de programas básicos sobre VIH y sida (enumerar y especificar seguidamente)</b>				<b>No aplicable</b>	
<b>Total</b>				<b>Gasto total relativo al VIH</b>	<b>No aplicable</b>	

# Anexo 3.

## Volumenes y precios por unidades de productos básicos adquiridos y distribuidos.

Régimen / formulación	Posología	Pastillas o la dosis más pequeña por paquete	Número total de paquetes adquiridos en el año fiscal	Mes y año de adquisición (MM/YYYY)	Precio unitario promedio por paquete	Número total de paquetes recibidos por los beneficiarios en el año fiscal
Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg					
Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg					
Tenofovir + Lamivudine + Nevirapine [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz [ZVD + 3TC] +EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Abacavir + Lamivudine + Zidovudine [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg					
Tenofovir + Emtricitabine [TDF + FTC]	300 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine [ZDV + 3TC]	300 mg + 150 mg					
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	200 mg + 50 mg					
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	80 mg + 20 mg/ml					
Abacavir + Lamivudine [ABC + 3TC]	60 mg + 30 mg					
Tenofovir + Lamivudine [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg					
Darunavir [DRV]	300 mg					
Dolutegravir [DTG]	50 mg					
Otros (especificar):						

Volúmenes y precios unitarios de los productos por fuente de financiación en unidades de divisa local

El número de paquetes adquiridos debe proporcionarse para cada lote de adquisición de un régimen / formulación.

Los datos sobre el número de paquetes recibidos por los beneficiarios corresponden a los regímenes / formulaciones sin necesidad de desglosar por cada proceso de adquisición.

Copyright © 2017  
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

[unaid.org](http://unaid.org)